



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de
Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Nefrológica
Relatório de Estágio

A intervenção do enfermeiro no ensino da
Pessoa em diálise peritoneal

Carlos Manuel Lopes Torgal

Lisboa
2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de
Enfermagem Médico-Cirúrgica, Vertente Nefrológica
Relatório de Estágio


A intervenção do enfermeiro no ensino da
Pessoa em diálise peritoneal

Carlos Manuel Lopes Torgal

Orientador: Professora Doutora Maria Saraiva

Lisboa
2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



À Margarida e à Tânia

Aos meus pais

E a todos os que me ensinam a ensinar

LISTA DE SIGLAS

- APEDT – Associação Portuguesa de Enfermeiros de Diálise e Transplantação
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- DP – Diálise Peritoneal
- DRC – Doença Renal Crónica
- DRCT – Doença Renal Crónica Terminal
- EDTNA/ERCA - *European Dialysis and Transplant Nurses Association/ European Renal Care Association*
- HD – Hemodiálise
- KDIGO – *Kidney Disease: Improving Global Outcomes*
- NCD – *Noncommunicable diseases*
- OECD – *Organization for Economic Co-operation and Development*
- OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PALOP – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa
- PD – *Peritoneal Dialysis*
- ISPD – *International Society for Peritoneal Dialysis*
- TR – Transplante Renal
- VHB – Vírus da Hepatite B
- VHC – Vírus da Hepatite C
- VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana
- WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Este trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Vertente Nefrológica). Procura pôr em evidência as principais aprendizagens realizadas em ensino clínico e inclui o resultado de uma pesquisa sobre o ensino da Pessoa em DP.

A DRC constitui um problema de saúde pública de dimensão crescente. Em Portugal encontra-se a maior incidência e prevalência de DRCT da Europa e uma tendência de crescimento superior à média dos países da OCDE (DGS, 2012). O enfermeiro de nefrologia deve proporcionar a melhor assistência, com especial ênfase no apoio, na educação, na prevenção de complicações e na reabilitação, estimulando a independência e o autocuidado (EDTNA/ERCA, 1999).

A DP, enquanto método de tratamento da DRC, tem a particularidade de ser efetuada em casa pelo próprio utente, exigindo um período preparatório, de treino, da responsabilidade do enfermeiro. Orem (1980) refere que o ensino é um dos métodos usados pelos enfermeiros quando cuidam, sendo seu dever proporcionar experiências educacionais apropriadas. Atualmente é reconhecida a importância do processo de ensino da Pessoa em DP (Hall et al., 2004; Bernardini et al., 2006; Chow et al., 2007; Thomas, 2014; Schaepe & Bergjan, 2015).

Neste contexto, apresenta-se um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, em que se procurou identificar as estratégias que os enfermeiros de DP reconhecem como promotoras de um ensino eficaz. Foram realizadas 5 entrevistas semiestruturadas. A análise temática de conteúdo permitiu identificar 5 dimensões facilitadoras do ensino: (1) a gestão das características do próprio enfermeiro, (2) do utente, (3) do contexto onde se ensina, (4) da técnica de ensino e (5) do ritmo do treino.

Palavras chave: Enfermagem em Nefrologia, Diálise Peritoneal, Ensino

ABSTRACT

This report relates to the 6^o Master in Science Nursing and specialization in Medical and Surgical Nursing (Nephrological Strand).

Chronic kidney disease is an increasing public health problem. Portugal has the highest incidence and prevalence of end stage renal disease in Europe, and a growing trend above the average of OECD countries (DGS, 2012). The nephrology nurse must provide the best care, with special emphasis on support, education, prevention of complications and rehabilitation, encouraging independence and self-care (EDTNA/ERCA, 1999).

Peritoneal dialysis usually is done at home by the patient, requiring a training period, which is managed by the nurse. Orem (1980) states that teaching is one of the methods used by nurses when caring. Thereby, nurses should provide appropriate educational experiences. Is currently recognized the importance of the PD patient training (Hall et al., 2004; Bernardini et al, 2006;. Chow et al., 2007, Thomas, 2014; Schaepe & Bergjan, 2015).

In this context, a descriptive study of qualitative approach is presented. In order to identify strategies that nurses recognize as promoters of effective teaching, five semi-structured interviews were conducted. Content analysis have identified five dimensions managed by nurses as far as effective teaching concerns: (1) the nurse characteristics, (2) the patient characteristics (3) issues related to the context where the training takes place (4) PD training methods and (5) training rhythm.

Keywords: Nephrology Nursing, Peritoneal Dialysis, Teaching

ÍNDICE

Introdução	9
1. Enquadramento teórico	12
1.1 Dimensão e caracterização do problema	12
1.2 O que esperar dos cuidados de enfermagem especializados.....	14
1.3 Modelo conceptual.....	16
1.4 A DP e a importância de se estudar o processo de ensino.....	17
2. O ensino em DP: perspectiva do enfermeiro.....	19
2.1 A experiência pessoal como ponto de partida	19
2.2 O estado da arte sobre o ensino em DP	20
2.3 Considerações metodológicas	23
2.4 Apresentação dos resultados.....	24
2.4.1 Categoria “Gestão das características do enfermeiro que ensina” ...	25
2.4.2. Categoria “Gestão das características do alvo de ensino”	27
2.4.3 Categoria “Gestão do contexto onde decorre o ensino”	29
2.4.4 Categoria “Gestão da técnica de ensino”	31
2.4.5 Categoria “Gestão do ritmo do processo de ensino”	34
2.5 Discussão dos resultados e principais conclusões	36
2.6 Limitações do estudo e sugestões	41
3. Trabalho desenvolvido em ensino clínico.....	42
3.1 Sala de HD de um hospital de Lisboa	44
3.1.1 Breve caracterização do local.....	44
3.1.2 Atividades efetuadas.....	45
3.2 Unidade de DP de um hospital da periferia de Lisboa	48
3.2.1 Breve caracterização do local.....	48
3.2.2 Atividades efetuadas.....	49
3.3 Fatores condicionantes e facilitadores do ensino clínico	52
4. Considerações finais	54
Referências bibliográficas	57

Apêndice 1: Consentimento informado (minuta)

Apêndice 2: Transcrição das entrevistas

Apêndice 3: Categorias, unidades de registo e unidades de contexto (versão completa)

Apêndice 4: Ensino clínico em HD (avaliação qualitativa)

Apêndice 5: Ensino clínico em DP (avaliação qualitativa)

INTRODUÇÃO

O presente trabalho insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Vertente Nefrológica). Constitui o momento de avaliação da disciplina e pretende espelhar “um pensamento crítico, reflexivo e fundamentado”¹ da minha experiência em ensino clínico.

Corresponde ao ultimar de um trajeto iniciado no momento em que, com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem mais adequados, me propus a realizar o mestrado e a elevar a minha prática a um nível de especialidade. Com efeito, senti que algumas intervenções se tinham tornado vazias de matéria que sustentasse uma prática de qualidade, apesar de aparentarem estar revestidas de experiência e destreza. Muitas vezes, as habilidades técnicas e o conhecimento das dinâmicas dos serviços de saúde escondem cuidados de enfermagem despersonalizados. Hesbeen (2000) utiliza a expressão “cuidado”, no singular, afim de o associar a uma criação única que diz respeito a uma pessoa na singularidade da sua situação de vida.

Desde 2009 que exerço funções num serviço de nefrologia, especificamente em Diálise Peritoneal (DP). Ao longo deste tempo tenho sido confrontado com a exigência e complexidade da prestação de cuidados a pessoas com Doença Renal Crónica (DRC). Na minha prática são problemáticas cada vez mais frequentes: o envelhecimento da população em diálise, o aumento das comorbidades, as mudanças entre os diferentes tratamentos de substituição, a importância de se otimizarem os processos de ensino para o autocuidado, a ausência de apoios sociais e familiares, a discussão em torno do tratamento conservador por oposição aos métodos substitutivos. Tudo isto remete para a necessidade de dotar os contextos de prática de cuidados de enfermeiros capazes de responder adequadamente a cada situação. E isso não será possível com uma visão redutora de “enfermeiros de hemodiálise”, “enfermeiros de DP” ou “enfermeiros da enfermaria”. Fez-me portanto sentido questionar a

¹ Unidade Curricular Estágio com Relatório (Documento Orientador). Prof. Filipe Cristóvão, Prof.^a Maria Saraiva, Prof.^a Eulália Novais. ESEL, 2015.

adequabilidade dos cuidados e ambicionar a prestação de cuidados especializados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, especialista é o enfermeiro:

“com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2).

Destaco as expressões “conhecimento aprofundado num domínio específico” e “níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão”. No fundo, o que pretendi com a elaboração e concretização deste projeto foi melhor conhecer para melhor decidir e, com isso, proporcionar cuidados de enfermagem de maior qualidade, que se pretendem especializados.

Não conseguiria este desígnio continuando “apenas” a exercer na unidade de DP, por muitas experiências que tivesse e leituras que efetuasse. Era necessário sair da minha “zona de conforto” e aprofundar a problemática da pessoa com DRC (que não se limita à DP), conhecer os “instrumentos” da investigação, ir aos contextos de prestação de cuidados e procurar outras experiências, nomeadamente junto da Pessoa em Hemodiálise (HD). E fazer todo este percurso de forma articulada com o melhor sentido que o conceito de Enfermagem Avançada pode ter, o sentido da “enfermagem com mais enfermagem”, para usar as palavras de Silva (2007, p.12).

Mas a elaboração deste trabalho não se alicerça apenas nas minhas motivações pessoais. Antes considera a DRC enquanto problema de saúde pública progressivamente crescente e procura encontrar e sustentar o contributo específico do enfermeiro especialista nesta área de cuidados. Conforme especificarei, as competências que pretendo desenvolver estão de acordo com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010) e em linha com o preconizado pela Associação Europeia de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (EDTNA/ERCA, 2007). Todos estes aspetos, relacionados com os fundamentos teóricos deste trabalho são explorados no ponto 1.

Enquadrado no desenvolvimento de competências de especialista e no processo para a aquisição do grau de Mestre, foi proposto pelos responsáveis

da unidade curricular a realização de um trabalho de pesquisa. Considerando a área específica da nefrologia onde tenho exercido, a DP, bem como as suas particularidades, propus-me a aprofundar uma área de especial interesse: o ensino da Pessoa em DP, enquanto processo de importância amplamente reconhecida (Bernardini, Price, & Figueiredo, 2006). Para isso, partindo da revisão bibliográfica e do atual estado da arte, efetuei um estudo descritivo, segundo uma abordagem qualitativa em que procurei identificar as estratégias que os enfermeiros de DP reconhecem como promotoras de um ensino eficaz. Os aspetos relacionados com este estudo estão descritos no ponto 2.

Com a realização do ensino clínico pretendi ampliar a minha prática, conhecer outros contextos, áreas diferentes da intervenção do enfermeiro especialista, nomeadamente na fase pré-dialítica ou já em tratamento de substituição. Para isso, efetuei estágio em dois contextos distintos: (1) sala de HD de um hospital de Lisboa; (2) unidade de DP, consulta de opções e programa de apoio domiciliário de um hospital da periferia de Lisboa. Descreverei as atividades aqui desenvolvidas e procurarei sintetizar as principais aprendizagens no ponto 3.

Este relatório pretende assim ser mais do que a descrição de um percurso. Parte da minha experiência profissional e procura perspetivar o futuro num contexto de cuidados especializados.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 Dimensão e caracterização do problema

As doenças crónicas constituem atualmente um desafio à escala global. Na definição da OMS (WHO, 2002) tratam-se de problemas de saúde que requerem um tratamento continuado por um período de anos ou décadas. Nesta classificação incluem-se as doenças infecciosas prolongadas (VIH...), os problemas de saúde mental de longo prazo (esquizofrenia...), as lesões físicas (amputação...), mas também as *noncommunicable diseases* (NCD)². Estima-se que em 2030 as NCD constituam a principal causa de morte no mundo para 52 milhões de pessoas, representando um aumento de 73% em relação a 2012 (WHO, 2014). Incluem-se aqui as patologias cardiovasculares, o cancro, as doenças respiratórias crónicas, a diabetes, mas também a DRC.

De acordo com a KDIGO (2013), a DRC é definida como uma condição que afeta o rim na sua estrutura ou função, por um período superior a 3 meses, com implicações para a saúde do indivíduo. A sua evolução pode ser classificada em 5 estadios, correspondendo o último a uma situação de falência renal, designada de doença renal crónica terminal (DRCT). Neste caso, afim de se manter a vida, torna-se necessário iniciar uma técnica substitutiva da função renal. Apesar de apenas 1% dos doentes renais atingirem este estadio, a DRC permanece como a doença crónica mais dispendiosa e reduz a sobrevivência significativamente.

A prevalência mundial estimada da DRC situa-se entre 8 a 16% (Jha et al., 2015), sendo que nos países desenvolvidos a diabetes e a hipertensão arterial constituem as suas principais causas (KDIGO, 2013).

Em Portugal encontra-se a maior incidência e prevalência de DRCT da Europa e uma tendência de crescimento superior à média dos países da OCDE (DGS, 2012). Para isso muito contribuiu a hipertensão arterial, cuja prevalência aumentou 34% entre 1999 e 2006 e a diabetes que aumentou 38% em igual período (DGS, 2013). Em suma os Portugueses estão mais hipertensos, mais diabéticos e com isso confrontam-se cada vez mais com a necessidade de iniciar um tratamento de substituição da função renal.

² *Noncommunicable diseases*: doenças não transmissíveis.

A escolha do método de substituição deverá respeitar a vontade do doente, após ser devidamente esclarecido sobre as opções disponíveis para a sua situação clínica específica (DGS, 2012). Poderão estar indicadas as seguintes abordagens terapêuticas:

- Transplante renal (TR): consiste em colocar no abdómen um rim de um dador cadáver ou de um dador vivo. É a modalidade terapêutica que permite obter melhores resultados em termos de sobrevida, bem como melhores indicadores de qualidade de vida associada ao estado de saúde e uma melhor relação custo-eficácia (DGS, 2012). O acesso a esta modalidade está limitado pela insuficiente disponibilidade de órgãos. Em Portugal existiam 6618 doentes transplantados no final de 2014, correspondendo a 35% da população com DRCT (Macário, 2015).

- Hemodiálise: nesta modalidade uma máquina (monitor de HD) bombeia o sangue ao longo de um circuito extracorporal até ao dialisador, onde é depurado, retornando de seguida ao corpo. Necessita de um acesso vascular para a sua realização (fístula arteriovenosa, enxerto ou cateter central). Trata-se de um tratamento que tem a duração de 4 horas e que é realizado 3 vezes por semana, geralmente em clínicas de HD (DGS, 2012). Em Portugal existiam 11350 doentes em HD no final de 2014, correspondendo a 61% da população com DRCT (Macário, 2015).

- Diálise Peritoneal: para a realização deste tratamento é necessário colocar um cateter abdominal intraperitoneal (cateter *Tenckhoff*) através do qual se infundem e drenam as soluções de diálise. Estas dispõem de uma composição que possibilita a passagem de água, toxinas urémicas e outras moléculas do espaço intravascular para o espaço intraperitoneal, efetuando-se assim a depuração do sangue. Desta forma, após um período de permanência previamente determinado, a solução de diálise saturada é trocada por uma solução nova. A renovação ou troca das soluções pode ser efetuada manualmente (durante o dia) ou automaticamente através de uma máquina (à noite, durante o sono) (DGS, 2012). Geralmente a DP é efetuada pelo próprio doente (ou cuidador) em sua casa. Em Portugal existiam 735 doentes em DP no final de 2014 (57% em DP manual, os restantes em DP automática), correspondendo a 4% da população com DRCT (Macário, 2015).

- Tratamento médico conservador: consiste na aplicação de medidas terapêuticas sem recorrer à diálise (HD ou DP) nem ao TR. Encontra-se reservado para situações graves, de mau prognóstico de vida, em que a diálise não faculta uma esperança e uma qualidade de vida superiores (DGS, 2012). Não existem dados sobre a incidência e prevalência desta abordagem terapêutica em Portugal.

Atendendo ao até agora exposto e independentemente do tratamento de substituição que se realiza, julgo poder concluir pela enorme complexidade que é viver com DRCT. Quer pelas grandes transformações que exige (físicas, familiares, sociais, laborais...), pela dependência de uma terapêutica, pela sua cronicidade, não esquecendo a dimensão progressivamente crescente que este problema de saúde tem assumido em Portugal. De acordo com Ballerini & Paris (2006), tudo o que na vida pode dar prazer fica adversamente afetado pela DRC: a alimentação, a vida social, a sexualidade, o trabalho, as férias...

1.2 O que esperar dos cuidados de enfermagem especializados

Os enfermeiros conseguiram constituir uma comunidade profissional e científica da maior relevância no sistema de saúde, assumindo elevadas responsabilidades, correspondendo assim à expectativa da sociedade em aceder a padrões de cuidados de enfermagem da mais elevada qualificação técnica, científica e ética. Estes foram alguns dos argumentos que o Estado Português reconheceu como válidos e que levaram à criação da Ordem dos Enfermeiros (Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril do Ministério da Saúde, 1998).

Foi também a Ordem dos Enfermeiros que estabeleceu que todos os especialistas partilham de um grupo de quatro domínios comuns de competências, que considere estruturantes no planeamento e desenvolvimento do estágio:

- Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal: que pressupõem um exercício seguro no respeito pelos direitos humanos, assente no conhecimento ético-deontológico, na avaliação das melhores práticas e nas preferências do utente.

- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade: que incluem a promoção de uma envolvimento adequada e a gestão do risco.

- Competências do domínio da gestão dos cuidados: relacionadas com a otimização das respostas de enfermagem e da equipa de saúde.

- Competências do domínio das aprendizagens profissionais: que pressupõem o autoconhecimento, a assertividade e a construção de uma prática fundamentada em conhecimento válido, atual e pertinente (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico).

Em Portugal não estando definidas as competências do enfermeiro especialista em “Enfermagem Nefrológica” (até porque é considerada uma vertente de outra especialidade – a Enfermagem Médico-Cirúrgica), considere o preconizado pela Associação Europeia de Enfermeiros de Diálise e Transplantação (EDTNA/ERCA, 2007).

A EDTNA/ERCA começou por delinear o perfil do enfermeiro de nefrologia, publicando um documento onde é referido que a própria complexidade da DRC exige uma prestação de cuidados que atenda a uma ampla variedade de necessidades físicas, sociais e psicológicas (EDTNA/ERCA, 1999). Acrescentam que é necessário que os enfermeiros de nefrologia adquiriram conhecimentos e desenvolvam habilidades que lhes permitam gerir os problemas de saúde decorrentes da DRC com os doentes, familiares e comunidade.

Neste sentido o compromisso do enfermeiro é proporcionar a melhor assistência, com especial ênfase no apoio, na educação, na prevenção de complicações e na reabilitação, estimulando a independência e o autocuidado (EDTNA/ERCA, 1999).

O enfermeiro perito em nefrologia deve perfilar-se como consultor, investigador, e agente de mudança, sendo um elemento motivador para os outros colegas, de tal forma que deverá promover a melhoria da qualidade tanto na vida dos doentes como nos contextos dos serviços de saúde. Estes podem incluir: centros de HD, unidades de DP, unidades de TR, unidades de cuidados intensivos, enfermarias, serviços na comunidade, entre outros (EDTNA/ERCA, 1999).

Já em 2007 a EDTNA/ERCA publicou um documento de âmbito europeu que estabelece um conjunto de 65 competências distribuídas por 4 contextos de intervenção: enfermaria, HD, DP e TR (EDTNA/ERCA, 2007). Pela estreita

articulação com a pesquisa que desenvolvi, destaco as relacionadas com o ensino da pessoa em DP e que incluem:

- Demonstrar conhecimento e compreensão pelos princípios do ensino, pelas barreiras à aprendizagem, ter capacidade para planejar e implementar o treino (nos aspetos relacionados com a DP manual, automática ou em relação aos cuidados com o acesso).

A melhoria dos processos de ensino à Pessoa em DP e o questionamento sobre a forma como se desenrolam, enquadram-se portanto nas competências estabelecidas pela EDTNA/ERCA, mas também na visão de cuidados especializados da Ordem dos Enfermeiros.

Assumi esta experiência formativa desde o início como uma estratégia de desenvolvimento profissional que se afasta da imagem de especialista enquanto alguém que se distingue “apenas” porque sabe fazer mais algumas técnicas e outras tantas habilidades, mas que se diferencia pela capacidade de análise aos problemas do seu campo de intervenção.

1.3 Modelo conceptual

De acordo com o referido no ponto anterior, é esperado que o enfermeiro de nefrologia proporcione a melhor assistência, com especial ênfase na educação, na reabilitação, estimulando a independência e o autocuidado (EDTNA/ERCA, 1999). Se atentarmos neste perfil de enfermeiro de nefrologia, encontramos uma estreita relação com o Autocuidado (enquanto modelo conceptual) e se pensarmos na prática de enfermagem em DP (no treino do utente), concluímos que essa relação é ainda mais evidente. O mesmo se poderia dizer da prática de cuidados em HD (na gestão da dieta, no ensino dos cuidados ao acesso vascular, por exemplo). Desta forma encontro na Teoria do Deficit do Autocuidado de Orem (1980) o enquadramento conceptual do meu ensino clínico e do trabalho de pesquisa. Para a autora o autocuidado é “a prática de atividades que os indivíduos efetuam em seu benefício, tendo em vista a manutenção da vida, saúde e bem-estar” (Orem, 1980, p.35).

Na verdade a teoria do deficit do autocuidado engloba 3 construções teóricas: (1) a teoria do autocuidado, que descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias; (2) a teoria do deficit de autocuidado, que explica a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem e (3) a teoria

dos sistemas de enfermagem, que descreve as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produza enfermagem.

Através da teoria dos sistemas de enfermagem, Orem situou a prática de cuidados em 3 níveis: (1) sistema totalmente compensatório, quando a enfermagem substitui o indivíduo no autocuidado; (2) sistema parcialmente compensatório, quando o indivíduo precisa da enfermagem para o ajudar naquilo que não é capaz de realizar por si e (3) sistema de apoio e educação, quando o indivíduo é capaz de realizar o autocuidado, embora necessite dos enfermeiros para o ensinar e supervisionar na realização das ações. Neste ultimo sistema, a prática de cuidados em DP é bastante ilustrativa, considerando que uma das principais funções do enfermeiro de DP é ensinar os doentes de forma a serem capazes de efetuar o tratamento autonomamente (e em suas casas). O ensino é, de resto, um dos cinco métodos que Orem identificou como passíveis de serem usados pelos enfermeiros quando cuidam. Sobre ele, Orem refere que pode ser usado para desenvolver conhecimento ou determinadas habilidades (por exemplo do domínio psicomotor). O enfermeiro deve considerar o passado do doente, a sua experiência, o estilo de vida e os modos de perceber e pensar. Ao ensinar o outro, o enfermeiro deverá proporcionar experiencias educacionais apropriadas (Orem, 1980).

1.4 A DP e a importância de se estudar o processo de ensino

Conforme especificarei de seguida, as vantagens da DP que a tornam cada vez mais atrativa, as suas perspetivas de crescimento e a necessidade de se tornarem autónomos os doentes que por ela optam, contribuem para o debate em torno da melhoria dos processos de ensino. Atualmente, diria que é consensual a importância do treino na obtenção de bons resultados num programa de DP (Hall et al., 2004; Bernardini et al., 2006; Chow et al., 2007; Thomas, 2014; Schaepe & Bergjan, 2015).

Enquanto que a HD é uma técnica habitualmente efetuada em clínicas (ou hospitais), a DP é realizada em cerca de 90% dos casos pelos próprios utentes em suas casas (Hall et al. 2004). Esta é uma característica particular desta técnica e da qual decorre uma maior autonomia do doente, reduzindo significativamente as deslocações para o centro de diálise bem como os custos inerentes (François & Bargman, 2014). Outras vantagens têm sido associadas,

como sejam as relacionadas com a manutenção da diurese residual, menor restrição alimentar, “poupança” de acessos vasculares, melhor controlo da tensão arterial e da anemia (Levy, Morgan, & Brown, 2004).

Em 2008 a OMS publicou um relatório onde, partindo da evolução demográfica, epidemiológica, social e cultural na Europa, se enfatiza a importância de fomentar os cuidados domiciliários e se estabelecem orientações para os decisores (políticos e clínicos). O avanço tecnológico que possibilitou realizar diálise em casa é um dos aspetos aí referidos (Tarricone & Tsouros, 2008).

Em Portugal foi noticiada a vontade política em aumentar a baixa prevalência de doentes com DRCT em DP (Mendes, 2013) e é previsível que cada vez mais pessoas optem por realizar DP em suas casas. Se considerarmos que países como a Espanha ou a Itália têm prevalências que correspondem ao dobro da verificada em Portugal, ou dos números apresentados pelos países nórdicos (quatro vezes superiores), infere-se do potencial de crescimento desta técnica (Jain, Blake, Cordy, & Garg, 2012).

Mas para que o comum dos cidadãos opte e possa ser autónomo nos aspetos relacionados com a DP, é necessário um período preparatório, habitualmente designado por treino ou ensino, período esse da responsabilidade do enfermeiro. De acordo com a EDTNA/ERCA (Riemann & Casal, 2009), antes de ser expectável que os doentes possam gerir a DP em casa, é essencial que tenha lugar um processo de educação efetiva, estando o sucesso dependente da abordagem adotada.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010), a atuação do enfermeiro especialista envolve dimensões da educação dos clientes e inclui a responsabilidade de levar a cabo investigação relevante que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.

Desta forma afigura-se como oportuno, enquanto futuro enfermeiro especialista, aprofundar o estudo do ensino à pessoa em DP e integrar neste processo um trabalho de pesquisa.

2. O ENSINO EM DP: PERSPETIVA DO ENFERMEIRO

2.1 A experiência pessoal como ponto de partida

Exercendo numa unidade de DP há 6 anos, entre as responsabilidades que me estão atribuídas está o que habitualmente designamos por “fazer o ensino”. Assim, cabe-me assegurar que cada utente está preparado para realizar o tratamento autonomamente em sua casa.

Nos meus primeiros tempos, o programa de ensino começava quase sempre dias após a cirurgia de colocação do cateter necessário à realização do tratamento. As sessões de ensino eram muito idênticas e com as mesmas estratégias (sobretudo com método demonstrativo). Havia ainda uma certa frustração ao perceber o insucesso de algumas sessões e provavelmente uma certa tendência para, no meu íntimo, deslocar a responsabilidade desta situação para os utentes.

Fui percebendo que nem sempre se devia começar as sessões logo após a cirurgia, que para uma boa adesão ao programa de ensino e à própria diálise era fundamental assegurar uma compreensão razoável da DRC e sua relação com o tratamento, que a linguagem usada teria de ser melhor adaptada, e que as estratégias de ensino deveriam ser ampliadas e usadas com critério.

O recurso à literatura de enfermagem deu-me algumas respostas. As competências que Benner (2001) descreve clarificam a necessidade de se identificar o melhor momento para que o doente possa aprender e ajudam a refletir sobre a informação que se dá, como se dá, no fundo e diria eu, refletindo sobre o significado (meu e do doente) das palavras. Suhonen, Välimäki, & Leino-Kilpi (2008) referem que o conteúdo específico de uma intervenção individualizada não pode ser determinado antes da interação enfermeiro-doente, mas desenvolve-se em consequência dessa interação. Este ponto tornou-se bastante importante, pois levou-me a pensar que em cada sessão, apesar de delinear previamente um objetivo (uma ideia que pretendo trabalhar e que não é escolhida ao acaso, derivando de orientações e *guidelines* internacionais) a forma como vou sentido o desenrolar do cuidado e o retorno que o doente me vai dando é que deve determinar a evolução do processo e a forma como os acontecimentos se vão sucedendo: uso um método demonstrativo ou o utente assume já alguma participação no procedimento? Simulamos uma técnica (por

exemplo diálise manual) ou realizamo-la efetivamente? Faz sentido fornecer um folheto com o procedimento descrito ou, nesta fase do ensino, esta estratégia poderá confundir em vez de clarificar?

E assim fui concluindo que tinha “entre mãos” um processo complexo, em que a tomada de consciência de pequenas particularidades me permitia usá-las com determinada finalidade. Os ensinamentos tornaram-se mais intensivos, realizados num menor número de dias. Os doentes passaram a aprender de uma forma que me pareceu mais eficaz. Com tudo isto... a sensação de que o processo de ensino estava a ser melhorado. A redução das taxas de peritonite reforçou essa ideia³. O interesse foi crescendo. Ao ser desafiado a realizar um trabalho de pesquisa, não foi difícil encontrar um objeto de estudo. Faltava trabalhá-lo, afiná-lo: o que é que já se estudou sobre o assunto? Faz sentido ir estudar especificamente o quê? Como?

2.2 O estado da arte sobre o ensino em DP

Com a preocupação em compreender o que pode contribuir para um ensino eficaz dei início à pesquisa bibliográfica, tendo identificado vários artigos/publicações sobre esta temática. Um dos mais relevantes data de 2006 e estabeleceu as *guidelines* da *International Society for Peritoneal Dialysis*⁴ (ISPD) para o treino do doente em DP (Bernardini, Price, & Figueiredo, 2006). Considerando a problemática que pretendo estudar, sintetizo os aspetos que me parecem mais relevantes neste documento, pois constituem a melhor evidência então disponível:

- O ensino deve ser efetuado por um enfermeiro, com boas capacidades de comunicação, inovador e que acredite firmemente no autocuidado. O enfermeiro deve ter alguma experiência em cuidados gerais.
- O ensino deve ser individual, em detrimento do ensino em grupo.
- O “alvo” de ensino pode ser o doente, um cuidador ou ambos, devendo o enfermeiro avaliar quem está melhor capacitado para o efeito (sem prejuízo das preferências do utente).

³ Em 2015 a taxa verificada na unidade onde exerço foi de 0,2 peritonites/doente/ano. Este valor corresponde a menos de metade da média nacional que tem sido verificada em Portugal (Macário, 2015) e situa-se ao nível dos mais baixos que têm sido reportados internacionalmente (Zhang et al., 2015).

⁴ *International Society for Peritoneal Dialysis*: Sociedade Internacional de Diálise Peritoneal.

- Um programa formal é o melhor método de preparar um utente para o autocuidado (uma investigação demonstrou melhores resultados num programa de ensino devidamente estruturado ao nível das taxas de peritonites, infeções do orifício do cateter e hospitalizações).
- Devem ser usados materiais de ensino apropriados: folhetos de fácil leitura, quadros, vídeos, equipamento para manuseamento (cateteres, manequins)...
- Enquanto decorre a sessão de treino não devem ser efetuadas outras atividades na sala. Esta deve ser tranquila, bem iluminada e dispor do material necessário (lavatório para higiene das mãos, cadeira para permitir que o doente repouse).
- O ensino pode ocorrer no hospital ou no domicílio (é referido um estudo que revelou taxas de peritonites inferiores quando o ensino é efetuado no domicílio).
- Não há evidência que permita concluir uma recomendação para a duração do treino. Deve ser considerado se o doente atingiu os seguintes objetivos: (1) ser capaz de efetuar todos os procedimentos em segurança, (2) reconhecer a contaminação e infeção e (3) ser capaz de fornecer respostas adequadas (sobre a resolução de problemas, por exemplo).
- O doente deve ser preparado sobre o que se vai ensinar, como decorrerá a sessão e como se considerará que os objetivos foram atingidos.
- É referido que o conteúdo da sessão não deve exceder as 3-4 mensagens por hora.
- A prática e os rituais são muito importantes. O treino simulado (com manequins, cateter de treino...) permite ganhar perícia e confiança antes do doente usar o seu próprio cateter para efetuar o tratamento.
- São sintetizados alguns pontos chave sobre a educação de adultos. Por exemplo em relação à aprendizagem de “habilidades motoras”, como a técnica de DP manual ou automática, são descritas 3 fases distintas:

- Fase cognitiva: em que o doente aprende as etapas de um procedimento, aquilo que precisa de saber, observando o enfermeiro a fazer uma demonstração, por exemplo;
 - Fase de prática: após o doente ser capaz de descrever as etapas de um procedimento, inicia a sua realização de forma simulada (com cateter de treino), recebendo *feedback* do enfermeiro (os erros deverão ser identificados no momento, com reforços positivos);
 - Fase automática: o doente refina movimentos e atinge um desempenho mais consistente e ágil.
- Deve ser criado um teste (a implementar no final do processo) afim de determinar se os objetivos foram alcançados.

Desde a sua publicação que estas *guidelines* não foram revistas e alguns dos aspetos aqui descritos constituem o nível de evidência mais baixo (opinião de peritos). Recentemente, Schaepe & Bergjan (2015), levaram a efeito uma revisão sistemática da literatura em que procuraram identificar as intervenções educacionais descritas para este grupo específico de doentes, bem como os resultados que produziram (18 estudos foram considerados). Mais uma vez, considerando a problemática que pretendo estudar, sintetizo os aspetos que me parecem mais relevantes neste artigo:

- Sobre o “alvo” de ensino: a evidência mais recente sugere que idosos, pessoas com comorbidades e com baixo nível educacional parecem ser mais vulneráveis, necessitando de mais tempo para adquirir capacidades de autocuidado e estando mais suscetíveis de desenvolver infeções relacionadas com a DP.
- O treino em casa do utente e a realização de visitas domiciliárias surgem novamente associados a taxas de peritonite mais baixas, sendo este dado interpretado com o facto da aprendizagem ocorrer numa situação de “vida real”.
- A duração do treino é muito variável e nem sempre o prolongamento do treino aparece relacionado com melhores resultados. Num estudo, os doentes que necessitaram de mais tempo para aprender foram os mais suscetíveis de desenvolver peritonite.

- Os métodos de treino incluem supervisionar o desempenho do doente, fornecimento de brochuras, vídeos e jogos educativos. Nenhum estudo conclui sobre o método de ensino mais eficaz.
- A evidência sugere que as intervenções educacionais devem desenvolver as capacidades de autocuidado, o que significa que a pessoa/família em DP devem receber treino que lhes permita tomar ações adequadas “por sua conta”, o que poderá incluir: interpretar sintomas, gerir o equilíbrio hídrico, usar os recursos disponíveis e estabelecer parcerias.

Os autores concluem que a evidência disponível sobre as intervenções educacionais em DP é limitada e recomendam que se efetue “investigação qualitativa que explore a perspetiva do enfermeiro que ensina, por forma a se obter informação sobre o que funciona bem e sobre o que não funciona” (trad. do autor) (Schaepe & Bergjan, 2015, p. 895).

Desta forma concluo como oportuno efetuar um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, partindo da seguinte questão de investigação:

Que estratégias os enfermeiros reconhecem como promotoras de um ensino eficaz ao doente ou cuidador em DP?

Entenda-se “estratégia” em sentido lato. Nesta perspetiva, não me refiro apenas aos recursos pedagógicos usados, mas sim a todas as decisões e intervenções de enfermagem, percecionadas pelo enfermeiro como favorecedoras de um ensino eficaz. Trata-se de procurar explorar e descobrir a perspetiva do enfermeiro que ensina.

2.3 Considerações metodológicas

Atendendo às características do objeto de estudo em análise, optei por realizar um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Escolhi intencionalmente 5 enfermeiros, com experiência no treino do utente em DP. Os participantes exercem em serviços de nefrologia do território nacional e foram escolhidos por se tratarem de profissionais com experiência reconhecida de vários anos no ensino da pessoa em DP (pelo menos 8 anos). A estes participantes efetuei uma entrevista semiestruturada, orientada pelas seguintes questões:

- Como é que habitualmente faz o ensino?

- Quais as estratégias/métodos/pormenores que contribuem para o sucesso do ensino?
- O que se revelou ineficaz e que tenha levado a alterar o protocolo ou a forma como faz o ensino?
- Qual a sua opinião sobre:
 - o O local onde se faz o ensino?
 - o A inclusão de um cuidador?
 - o A duração do treino (de cada sessão, de todo o processo, da possibilidade de se realizarem várias sessões no mesmo dia intercaladas com intervalos)?
 - o Os métodos pedagógicos: folhetos, imagens, vídeos, recurso a manequins/cateteres de treino?
 - o O ensino em grupo e o ensino individual?

As entrevistas foram sujeitas a gravação áudio, com autorização dos participantes (Apêndice 1), e efetuada a respetiva transcrição (Apêndice 2). Posteriormente efetuei a análise temática de conteúdo de cada uma das entrevistas, procurando respeitar a metodologia descrita por Bardin (2009). Desta forma a análise dos dados permitiu-me a identificação de Categorias (que agrupam um conjunto de elementos, em função das suas características comuns), às quais correspondem determinadas Unidades de Registo (a significação de determinado conteúdo) suportadas em Unidades de Contexto (segmentos do texto, da mensagem de onde se compreende a significação exata de cada unidade de registo).

2.4 Apresentação dos resultados

Da análise dos dados emergiram *a posteriori* 5 categorias. Afim de facilitar a leitura dos resultados, sintetizarei neste ponto os segmentos das entrevistas que suportam as várias unidades de registo. A apresentação completa dos dados encontrados consta no Apêndice 3.

2.4.1 Categoria “Gestão das características do enfermeiro que ensina”

Nesta categoria inserem-se os dados relacionados com as especificidades do próprio enfermeiro que ensina e que foram reportadas como tendo influência no processo de aprendizagem do alvo de ensino.

Unidade de Registo	Unidade de Contexto
A importância do ensino ser realizado pelo mesmo enfermeiro	<p>“Por mais que a gente tente uniformizar e falarmos a mesma linguagem... cada um tem a sua maneira de ensinar (...) já houve doentes (...) que dizem assim “pois, mas a Sra. diz assim e a outra Sra. diz assado” e claro que ficam confusos” (E1)</p> <p>“Cada um tem a sua maneira de dizer e depois a pessoa também fica confusa, o ensino leva mais tempo, a pessoa fica mais cansada” (E1)</p> <p>“É uma das dificuldades que os pais nos apontam é que cada uma de nós, mesmo nós seguindo um protocolo ou tendo as nossas intervenções estipuladas, cada uma de nós vai ter um método diferente, vai ter sempre um pormenor que vai alterar e de manhã é uma coisa, à tarde é outra e parecendo que não isso dificulta a aprendizagem dos pais” (E2)</p> <p>“Há uma coisa que nós respeitamos: o ensino é sempre feito pela mesma enfermeira (...) é uma mais valia, favorece o treino, favorece-nos a nós e ao doente” (E3)</p> <p>“Para já o ensino é sempre feito pela mesma enfermeira, nós somos duas, e é sempre feito pela mesma (...) Isso é vantajoso” (E5)</p>
A mudança de enfermeiro como forma de melhorar o ensino	<p>“Há doentes onde eu não consigo entrar na cabeça do doente, mesmo que eu seja empática, que compreenda...eu não consigo encontrar um mecanismo (...) e quando vem outro colega... há coisas que estive ali encalhadas e o outro vem e aquilo ali desencalha de uma maneira!” (E4)</p> <p>“Outra coisa que eu acho que também é vantajosa, que é outra coisa que nós praticamos aqui na unidade é: a pessoa que faz o ensino não é a pessoa que avalia o doente antes de ir para casa e ter alta do ensino. (...) parecendo que não, a pessoa que está a fazer o ensino ao doente acaba por ter sempre mais afinidade com aquela pessoa, ou desenvolver um laço mais estreito, não é? E tem sempre tendência se calhar a relevar certos pormenores” (E5)</p>

Unidade de Registo	Unidade de Contexto
<p>O desenvolvimento profissional do enfermeiro como facilitador do ensino</p>	<p>“Como tu imaginas nas minhas experiências noutros hospitais (<i>como enfermeira de apoio da empresa em que visita utentes de várias unidades</i>), cada hospital tem a sua técnica. Eu admito que a minha é um bocadinho uma recolha que eu fui fazendo de toda a gente. Porque achei que era importante, o que podia aproveitar eu aproveito e uso no meu treino com a minha técnica” (E2)</p> <p>“A minha forma de ensino não é a mesma de há 5 ou 10 anos atrás (...) eu vou-me adaptando, vou ver os erros que cometi no passado e que de alguma forma dificultou o ensino (...) e corrigir isso para de alguma forma eles assimilarem mais facilmente” (E3)</p> <p>“Nós vamos mudando a nossa forma de abordar consoante a nossa experiência (...) é subtil vamos ajustando consoante a nossa experiência que é isso que faz a diferença... é a experiência” (E3)</p> <p>“Claro que nós falamos uma com a outra (<i>entre enfermeiras</i>), como é óbvio (...) eu pergunto sempre à colega “olha passa-se isto assim e assim, o que é que tu achas que eu podia mudar aqui para tentar que isto aconteça de outra maneira?” (E5)</p>
<p>A importância do autocontrolo do enfermeiro</p>	<p>“Nós também nos cansamos de estar sempre a repetir a mesma coisa (...) eu tenho que estar calma (<i>para fazer o ensino</i>)” (E3)</p> <p>“Até porque há outra coisa, que é quando nós começamos a insistir muito numa coisa, depois às tantas aquilo já é um ponto de honra para nós. Então mas eu não estou a conseguir ensinar porquê? O que é que eu estou a fazer mal? Não, não! Vai ter que aprender nem que seja á lei da bala. Ou aprendes ou não aprendes, então como é que é isto?! É como tirar sangue, eu costumo dizer aos doentes, eu não pico o mesmo doente mais que 3 vezes, porque ao final da terceira vez em que eu não consigo picar o doente eu já estou a marrar, não estou a picar o doente, estou a marrar, porque entendi que tenho que ser capaz de lhe tirar sangue. E fazer o ensino é exatamente a mesma coisa, não se pode marrar!” (E5)</p> <p>“Acho que tem que ver com aquelas coisas todas que a gente aprende, com a comunicação assertiva, com a relação empática, com o tom de voz” (E5)</p>

2.4.2. Categoria “Gestão das características do alvo de ensino”

Nesta categoria inserem-se os dados relacionados com as especificidades de quem está a ser ensinado e que foram reportadas como tendo influência no processo de aprendizagem.

Unidade de Registo	Unidade de Contexto
A motivação do alvo de ensino enquanto fator facilitador	<p>“Favorece <i>(a responsabilidade que um pai sente por estar a aprender a fazer DP a um filho)</i>! Porque é assim eles têm que fazer o melhor. Favorece em termos de tempo de aprendizagem (...) querem fazer tudo muito bem porque é um filho” (E2)</p> <p>“A minha experiência diz-me que isto é que é realmente... um doente enquanto ele não sente necessidade de aprender aquilo que está a fazer <i>(não aprende)</i>” (E4)</p> <p>“Um doente que vem para a DP, especialmente os que vêm por falência de acessos, é extremamente importante antes de começar a técnica ter uma conversa com o doente e fazer-lhe uma analogia entre a HD e a DP. Porque o doente vem, faz 4 horas de HD, tem um monitor altamente sofisticado ali ao lado dele e de repente vê-se com um saco de 2 litros pendurado num suporte e ele não confia na técnica (...). dizer-lhe que se a eficácia ao fim de 4 horas não é a mesma, mas ao fim de 24 ou 48 horas a eficácia chega lá na mesma. E explicar-lhe que ele começa a ter mais liberdade em termos de alimentação, em termos dietéticos (...) mas é muito importante, especialmente para o doente que vem da HD, que tu lhe inculcas confiança, que o doente confie na técnica. Senão tu vais ter sempre um doente desconfiado (...) e é meio caminho andado para o doente não aderir” (E4)</p>
O acompanhamento de um familiar (ou pessoa significativa) enquanto fator minimizador da ansiedade do alvo de ensino	<p>“Uma coisa que eu tenho vindo a reparar e nós temos vindo a insistir com os nossos doentes é para virem sempre acompanhados... e eu acho que ajuda. Porque às vezes quando os doentes vêm sozinhos, vêm muito tensos. No primeiro dia naquela expectativa de saber o que é que é isto e o que eu vou encontrar e o que é que me vão fazer e como é que eu me vou sentir (...) Mas depois às vezes a pessoa vir acompanhada (...) não estar naquela tensão” (E5)</p>

Unidade de Registo	Unidade de Contexto
<p>A participação simultânea de um familiar (ou pessoa significativa) no ensino enquanto fator perturbador do processo de treino</p>	<p>“Estamos a explicar uma coisa ao utente e ela lembra-se e faz a pergunta naquele momento, interrompe lá o nosso raciocínio. Às vezes imagina a pessoa fica mais ansiosa.... “faz isso bem feito, tu sabes e agora como é que estás a fazer” (E1)</p> <p>“Geralmente é assim... um casal... e como tu sabes... vai tentar corrigir quem já está a fazer, ou já viu, vai corrigir o outro, vai atrapalhar... a gente já tem acontecido isso, termos posto a pessoa lá fora” (E2)</p> <p>“Há relações nefastas, (...) há casais que às vezes boicotam mais do que aquilo que ajudam. Por isso claro que lá estamos nós para impor os limites, mais uma vez, mas nem sempre o cuidador tem vantagens, essa também é a minha opinião pessoal, há relações nefastas, tóxicas, em que durante o treino isso se faz sentir (...) o outro aprende mais depressa e começa “não é assim, já devias ter feito isso”, censura (...) vai dificultar muito mais o treino, a autonomia e a autoestima” (E3)</p> <p>“Já aconteceu (<i>um familiar perturbar o ensino</i>) e nessa altura aquilo que nós fazemos é de uma forma diplomática explicar ao familiar que, das duas três, ou fica e abstém-se de comentar o que quer que seja, ou então (...) tentamos-lhe explicar que será mais benéfico para o processo de aprendizagem do seu familiar que (...) fique do lado de fora da porta” (E5)</p>
<p>A individualização do ensino enquanto fator facilitador</p>	<p>“Às vezes nos ensinamentos dos cuidadores, quando é para as instituições, tipo os lares, vêm em grupo, vem uma data de gente aprender. E também não é muito bom. (...) quando é assim em grupo, fazemos por fases, tipo vêm dois cá dentro ou um, ou assim. Quando vêm assim em grupo não dá” (E1)</p> <p>“É sempre individualizado (...) por isso nós defendemos que mesmo que eles estejam na mesma... em situações semelhantes, nunca o fazemos (<i>ensino em grupo</i>), nem que se esteja a abarrotar de trabalho. O treino é sempre personalizado” (E3)</p>

2.4.3 Categoria “Gestão do contexto onde decorre o ensino”

Nesta categoria inserem-se os dados relacionados com as características ou especificidades do local onde se ensina e que foram reportadas como tendo influência no processo de aprendizagem do alvo de ensino.

Unidade de Registo	Unidade de Contexto
A importância do ensino ser realizado num local calmo, sem interrupções, ou interferências	<p>“O ensino é muito interrompido (...) é péssimo (...) interrompe-se o raciocínio, interrompe-se o procedimento, o utente acaba por ser sujeito àquelas distrações... e corta (...) se for preciso, o telefone está a tocar e a gente não atende, o doente diz “olhe o telefone está a tocar, tem que ir atender” (...) ele distrai-se logo (...) vem alguém bater à porta e ficam a olhar para a porta, eles distraem-se muito facilmente (...) aquilo ficou na cabeça da pessoa e para voltar outra vez a sossegar e a voltar ali àquela situação leva o seu tempo” (E1)</p> <p>“É fundamental ser um local fechado, em que estejas tu e o doente (...) o familiar eventualmente, calmo, sereno e sem interrupções” (E3)</p> <p>“Na altura em que começa o ensino, a sala torna-se mesmo reservada... porque...eu desligo o telefone se for caso disso. Não desligo por norma, mas se o telefone tocar duas vezes eu desligo automaticamente. E todas as pessoas já sabem que não entram (...) tem mesmo ali “Não entrar” (E4).</p> <p>“A outra enfermeira vai lá para fora (...) não há mais ninguém a interferir aqui. (...) temos sempre aquela tendência para quando a outra está a dizer alguma coisa a gente tem sempre qualquer coisinha para acrescentar e às vezes isso... baralha a cabeça dos doentes (...) nós nem sempre conseguimos ficar mudas, caladas e abstermo-nos de comentar o que quer que seja. Tentamos sempre, no sentido de ajudar o doente a perceber ou compreender alguma coisa, tentamos sempre dar uma achega (...) nem sempre a nossa intervenção podia ser bem entendida nem pelo doente, nem pela própria colega” (E5)</p>

Unidade de Registo	Unidade de Contexto
O domicílio como local privilegiado para a realização do ensino	<p>“O doente sente-se mais à vontade, é o ambiente dele, já vai adaptar as coisas ao espaço que tem, não é tu ensinas no hospital, tens uma mesa, tens um lavatório, tens papel das mãos, tens desinfetante e depois chegas a casa e parece que já não sabes gerir nada daquele espaço. E a experiência que eu tive... num dia ou dois tínhamos doentes a fazer o treino de cicladora e ficavam já ligados à noite... a gente punha o doente perfeitamente apto, o que no fundo é praticamente impossível a nível hospitalar” (E2)</p> <p>“Já fiz ensinamentos no domicílio. Conseguimos adequar tudo com muito mais facilidade. Já tive experiências que eu posso dizer foi muito mais fácil, outras não terão sido tão rentáveis, mas obviamente que o ideal seria que o ensino fosse feito no domicílio, isso sem dúvida nenhuma” (E4)</p> <p>“Isso é uma mais valia, tu depois poderes transportar todo o ensino pela mesma pessoa que o fez, e poder levar tudo para casa do doente e poder adaptar tudo (...) é o transportar do mundo protegido para o mundo real e isso é fundamental” (E4)</p> <p>“Ver os doentes do lado de cá é completamente diferente de ver os doentes do lado de lá. Porque os doentes no seu meio (...) com as coisas arrumadas de uma determinada maneira, com a casa de banho ali ao lado (...) é completamente diferente do que o doente vir para aqui (...) E ele “ai que bom, que bom, porque assim ela vai e ajuda-me a arrumar, a escolher o melhor sítio para arrumar as coisas e a ver se aquilo que eu estou a pensar fazer se está bem pensado e a arranjar as minhas estratégias para resolver os problemas <i>(a referir-se à reação de um doente quando soube do apoio domiciliário)</i>” (E5)</p>
O domicílio como local em que se complementa o treino que deve iniciar-se na unidade	<p>“Se calhar vir cá algumas vezes é bom para mostrar (...) Vem cá, perceber que nós funcionamos assim, o início se calhar ser cá e o complemento em casa. Não fazer tudo em casa, acho que fica... a relação fica próxima demais, por assim dizer... às vezes pode-se confundir os papéis..., mas acho que manter um misto é a solução ideal, nem toda lá, nem toda cá” (E3)</p> <p>“Eu prefiro uma forma mista de treino, nem o treino total em casa, nem o treino totalmente aqui” (E3)</p>

2.4.4 Categoria “Gestão da técnica de ensino”

Nesta categoria inserem-se os dados reportados sobre as particularidades da técnica que o enfermeiro utiliza para que as aprendizagens do alvo de ensino ocorram.

Unidade de Registo	Unidade de Contexto
Utilização criteriosa de folhetos ou brochuras com informação sobre DRC, procedimentos ou cuidados a ter	<p>“No início não damos logo <i>(o folheto com a descrição da técnica)</i>, quando começamos a mexer mais e ele começa a mexer, aí damos (...) para ele olhar em casa, para verem o que é que fizeram, o que é que não fizeram, para começarem a ver, a identificar aquelas diversas fases.” (E1)</p> <p>“Primeiro ver, vamos fazer algumas vezes e depois o folheto vai ficar na mão deles para eles lerem com calma e aí vão entender melhor os passos que estão a fazer” (E2)</p> <p>“Não damos <i>(o folheto)</i> no primeiro dia porque (...) uma coisa é tu olhares para uma lista, para um folheto em que diz uma ordem em que os procedimentos acontecem e tu dizes aquilo de cor e salteado. E depois eu digo assim “e porque é que abre o saco e lava as mãos e não lava por exemplo as mãos e abre o saco a seguir?” É preciso ele perceber porque é que aquilo é feito daquela ordem” (E5)</p> <p>“Durante o treino não damos absolutamente nada, quando eles vão para casa, já sabem fazer e são autónomos, damos uma folhinha (...) passo a passo a dizer como fazer a diálise (...) acho que não devemos ter muletas durante o treino (...) durante o treino eles têm que ter essa capacidade, memorizar aquilo que é importante, e saber executar, ou seja se tiver de alguma forma um suporte ou uma muleta podem nunca ser capazes” (E3)</p>
Não obrigatoriedade de usar manequins e outro material que permita a simulação de procedimentos	<p>“Só ensino simulado eu não concordo, levamos mais tempo (...) só quando veem mesmo é que percebem que infundiu, que está ali aquele tempo e depois vão drenar” (E1)</p> <p>“Nunca usamos o avental (...) mãos na massa mesmo (...) nós nunca usamos nem aventais, nem hipoteticamente “faça de conta que é isto e experimente” (E2)</p> <p>“Não temos materiais... é a falar com o doente (...) parece-me bem, para já não sentimos falta” (E3)</p>

Unidade de Registo	Unidade de Contexto
<p>A importância de, dentro do possível, adequar um procedimento a cada alvo de ensino</p>	<p>“A gente arranja sempre estratégias (<i>para facilitar a identificação do volume da infusão</i>). Por exemplo (...) ao fazer o <i>priming</i>, deixamos um valor (...) mais redondo. Tipo o saco pesa 2200, vai fazer um <i>priming</i> até que fique os 2 L. E vai ter de deixar entrar até ficar 1700 (<i>quando se pretende uma infusão de 300</i>)” (E2)</p> <p>“A dificuldade inclusive em pegar a tampinha... há pessoas que vão com a tampinha na mão, desconectam e já põem. Quando vejo que é uma pessoa com dificuldade utilizo outra forma. Abro a tampinha, larga a linha e depois é que vou com a tampinha. Vou adequando o meu ensino às dificuldades que eu vejo” (E2)</p> <p>“Às vezes (<i>a dificuldade</i>) é gerir os pesos e fazer as contas do que ultrafiltrou (...) Eu digo “não se preocupe, você põe sempre aquilo que sai e a gente sabe o que entra e depois quando vier aqui à consulta (...) dá-nos a folhinha e nós fazemos as contas e vemos se está a tirar ou não” (E2)</p>
<p>A preocupação com uma linguagem cuidada</p>	<p>“Assim como a linguagem, há que usar... “desconectar,” (...) “Physioneal”, “Physioneal” é muito complicado, então usamos as cores, pronto, “ponha aí um A Amarelo”... “Roxo”, pronto facilitamos conforme também o doente que está à nossa frente (...) se é um miúdo com alguma formação... até ficam ofendidos, até já me aconteceu se tu usas uma linguagem muito, muito básica (...) se me fazem umas perguntas mais elaboradas, a gente tem de usar uma linguagem um bocadinho mais cuidada... Tento sempre não complicar” (E2)</p> <p>“(É <i>necessário cuidado com o facto de</i>) às vezes a gente tenta levar para o lado cómico da coisa, há pessoas que aceitam bem outras levam a mal. Por um lado dizemos que é uma coisa séria e tem que ter atenção, por outro lado estamos a fazer analogias tontas” (E5)</p>
<p>O recurso a um utente experiente como forma de exemplificar um procedimento</p>	<p>“Se eu tenho um doente que lida bem com a DP (...) Mas pronto só para o outro que está a começar ter uma noção do que é que é uma passagem, o colocar a máscara, o lavar as mãos e a passagem em si do início até ao fim. Mas só para exemplificar. Mais nada. (...) Obviamente que eu vou escolher o doente que vai fazer” (E4)</p>

Unidade de Registo	Unidade de Contexto
<p>A possibilidade do alvo de ensino dar continuidade ao processo de treino em casa</p>	<p>“(Em casa) o doente tentar visualizar, e até dizemos mesmo “feche os olhos e visualize aquilo que se passa aqui no gabinete e em 2 ou 3 minutos você vai escrever coisas muito simples, não é nenhuma receita de nenhuma tarte: 1, por a máscara, 2, fazer isto, 3 fazer aquilo, e vai escrever aí” (E5)</p> <p>“E quando eles escrevem e no dia a seguir trazem, e nós vamos ver e vamos confrontar aquilo que realmente é para fazer, com aquilo que está escrito (...) “então você escreveu aqui que primeiro lava as mãos e a seguir abre o saco, o que é que acha que acontece às suas mãos quando lava as mãos e a seguir abre o saco?” (E5)</p> <p>“Só este exercício de “espera lá, deixa lá ver o que é que eu faço, agora faço isto agora aquilo e vou escrever”, e depois ser confrontado com a realidade, eu acho que isso é importante” (E5)</p>
<p>A existência de uma avaliação como forma de garantir que se atingiram os objetivos</p>	<p>“Há depois uma prova de avaliação, entre aspas, para se perceber se o doente percebeu aquilo que lhe foi explicado” (E4)</p> <p>“O facto dos doentes responderem a um vá... não é bem um teste, mas é como se fosse (<i>é vantajoso</i>). Claro que é muito importante um doente saber fazer a parte técnica, mas também é muito importante o doente saber reconhecer sinais e sintomas, de complicações infecciosas e não infecciosas. Saber se lhe acontece um problema qualquer como é que resolve aquilo. Portanto mais importante do que, ou se calhar tão importante que o doente saiba fazer a parte técnica é reconhecer os sinais e sintomas daquilo que não está bem” (E5)</p>

2.4.5 Categoria “Gestão do ritmo do processo de ensino”

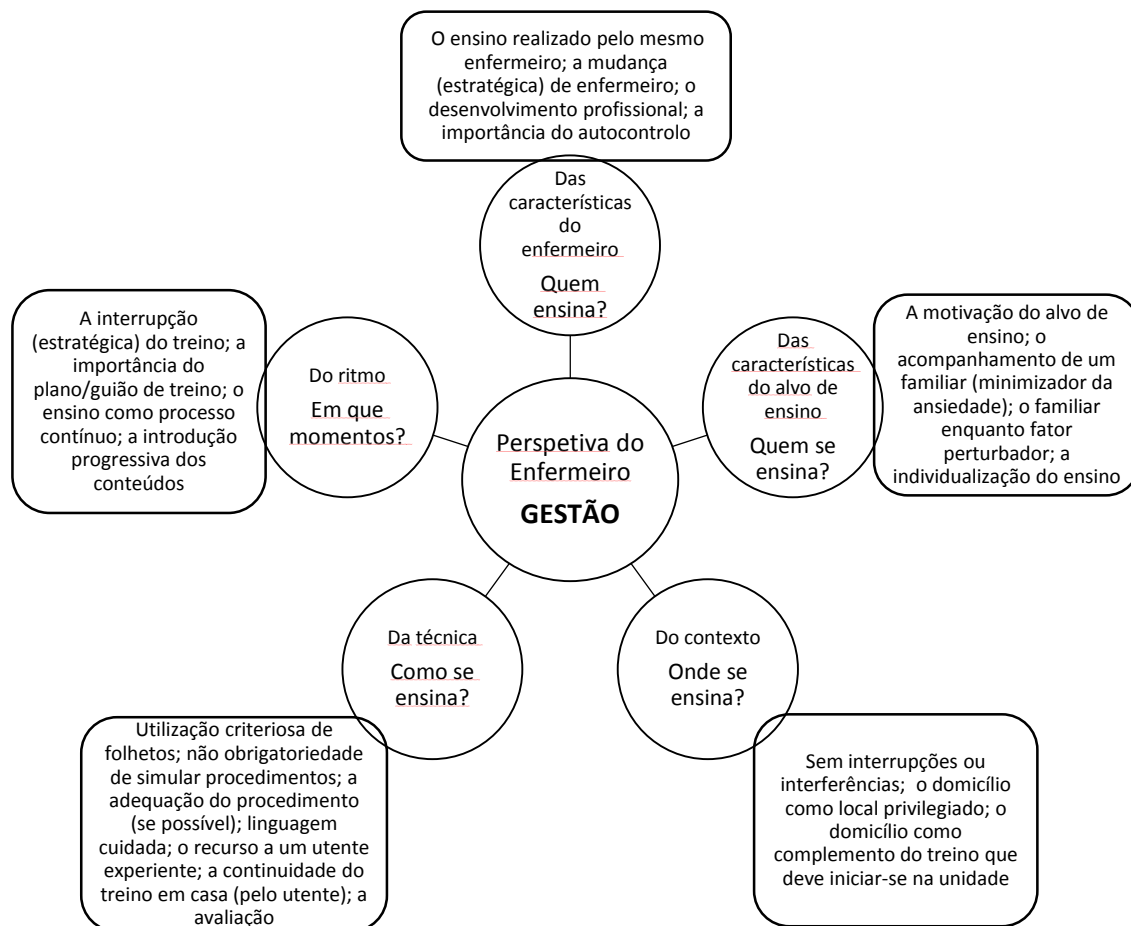
Nesta categoria inserem-se os dados sobre a gestão do ritmo do ensino (dos momentos escolhidos para dar a informação) reportados pelos participantes como influenciadores da aprendizagem.

Unidade de Registro	Unidade de Contexto
A interrupção do treino como forma de “desbloquear” a aprendizagem	“Às vezes temos que dar um intervalo... tipo não está a correr muito bem, fazemos uma avaliação (...) fazemos um intervalo de uma semana... 3 dias e depois retoma outra vez (...) quando aquilo não está a correr bem a gente prefere parar, o doente descansa e depois nós voltamos a retomar ... porque às vezes parece que há ali qualquer coisa que não está a ir, depois a pessoa também sobre pressão fica mais condicionada (...) já chegou a ser necessário. Parar, fazer um intervalo e depois retomar... a pessoa vem mais relaxada” (E1)
A existência de um plano de ensino (ou guião) como método para dar sequência à aprendizagem	<p>“Acho que sim (<i>importância do plano</i>) para uma uniformização (...) (<i>seria</i>) mais fácil, para quem faz o ensino ter aquele plano (...) se calhar cada um faz à sua maneira, se fosse o mesmo todos seguiam aquilo (...) o plano de ensino acho que era importante” (E1)</p> <p>“(Sem guião) vai haver coisas que se calhar tu vais-te repetir e outras que era importante se calhar não foram faladas. Assim eu sei que o doente lhe falámos do local, da lavagem das mãos, onde deve guardar o material, como é que o quarto deve ser gerido” (E2)</p> <p>“Vamos passar a usar, tipo uma <i>check list</i> que devemos seguir, para não nos esquecermos de pontos nenhuns” (E3)</p> <p>“Nós temos o treino estruturado por lições, entre aspas (...) o ensino está muito mais sistematizado” (E4)</p>
O ensino como processo contínuo (não acaba no dia de iniciar tratamento)	<p>“Quando vão à unidade a gente aproveita para consolidar o ensino para ver se estão a fazer corretamente” (E1)</p> <p>“Sou completamente a favor (<i>do retreino</i>)” (E2)</p> <p>“Mas nunca te esqueças que mesmo nesse ensino intensivo, nunca fica concluído. Eu não posso dizer que o ensino acabou hoje. Eu preciso que ele vá tendo o reforço desse ensino e que as coisas vão sendo consolidadas” (E4)</p>

Unidade de Registo	Unidade de Contexto
<p>A introdução progressiva e criteriosa dos conteúdos que se pretendem trabalhar</p>	<p>“(No primeiro dia) é uma abordagem informal, como é que se faz a troca, das condições que deve ter em casa, das condições de assepsia, é uma coisa muito levezinha, e explicamos a fazer uma troca (...) no dia seguinte começamos a aprofundar e ajustamos à capacidade de cada um dos doentes (...) numa primeira fase eles perceberem como é que funciona a permuta e a assepsia que devem ter e depois começamos a aprofundar (...) consoante a capacidade cognitiva dos doentes” (E3)</p> <p>“(A abordagem de determinados conteúdos) numa pessoa podemos fazer (...) no segundo ou terceiro dia de treino, noutra só podemos fazer no décimo” (E3)</p> <p>“Normalmente é mais rápido (<i>aprender a técnica automática</i>) e porque é que é mais rápido? Todos os doentes (...) já sabem fazer manual” (E3)</p> <p>“Aquilo que eu sinto é que enquanto estamos (<i>só</i>) a fazer o ensino teórico as coisas não rendem, percebes? (...) primeiro que eles compreendam (...) eu posso fazer isso em simultâneo. À medida que vou explicando esta parte mais teórica, posso ir avançando com alguma parte prática” (E4)</p> <p>“A primeira coisa que nós fazemos é por o doente a lavar as mãos e a seguir nós exemplificamos e fazemos o resto da técnica (...) depois eu vou por o doente a fazer a técnica, mas as minhas mãos estão lá sempre para o auxiliar (...) ele primeiro vê-nos a fazer, nós vamos explicando o que é que se está a fazer e vamos tentar que o doente acompanhe de maneira a dar-lhe autonomia a ele e a treiná-lo (...) a partir daí o doente começa ele a fazer e pronto tudo aquilo que sejam correções nós vamos fazendo” (E4)</p> <p>“Preconiza-se que (<i>o ensino</i>) seja de segunda a sexta-feira para não haver as interrupções” (E5)</p> <p>“Nós explicamos em teoria, mas há muitos doentes que não conseguem... têm alguma dificuldade em tentar perceber que se aquilo lhes acontecer, exatamente como é que a máquina apita, como é que aparece no ecrã, se é exatamente aquilo que nós acabámos de dizer (...) percebendo a lógica porque as coisas acontecem é mais fácil as pessoas memorizarem” (E5)</p>

2.5 Discussão dos resultados e principais conclusões

A figura em baixo sintetiza os dados apresentados e facilita a sua interpretação e discussão.



Da análise temática de conteúdo efetuada verifica-se que os participantes reportam 5 dimensões facilitadoras do ensino, dimensões essas que são geridas (“manipuladas”) pelos enfermeiros de forma a otimizar o processo de treino.

Surgiram assim alguns fatores relacionados com as características do próprio enfermeiro que ensina. A realização do treino pelo mesmo enfermeiro foi referida como facilitadora, já que uniformiza processos, atitudes e linguagens. O ensino realizado por vários enfermeiros foi visto como gerador de dificuldades em quem aprende. Ainda assim, a mudança do profissional responsável pelo ensino foi reportada como sendo favorável em alguns casos: por exemplo para “desbloquear” situações em que o ensino não evolui como esperado, como

garantia de que todos os objetivos foram efetivamente atingidos ou ainda nas situações de menor empatia enfermeiro-doente. O desenvolvimento profissional do enfermeiro, ao permitir o conhecimento de várias formas de fazer um procedimento, possibilita a adequação da técnica que se usa em função do alvo de ensino, perspetivando melhores resultados. A este nível foi também associada a experiência profissional a uma evolução positiva no método de treino. Foi ainda reportada a importância do autocontrolo do enfermeiro, da consciência que tem de si próprio e do seu estado emocional como determinantes de um ensino bem-sucedido.

A análise dos dados remete também para a gestão das características do alvo de ensino. A motivação de quem aprende foi um dos fatores referidos como facilitador. Essa motivação pode estar relacionada com o “peso” da responsabilidade (por exemplo uma mãe que aprende a fazer DP ao seu filho), com a confiança que se tem no tratamento ou com a necessidade que o alvo de ensino sente (ou não) em aprender o que se pretende ensinar. A presença de um familiar foi referida como minimizadora da ansiedade associada ao treino. Contudo foi também reportado que a participação simultânea de um familiar pode ser perturbadora (gerar ansiedade, intimidar, censurar...), devendo o enfermeiro estar atento a essa possibilidade, intervindo quando necessário. O ensino em grupo foi preterido em função do ensino individual.

O local onde se efetua o treino foi outro aspeto reportado como estando associado ao sucesso da aprendizagem. Foi referida a necessidade de isolar o espaço de interferências que “deslocam” a atenção do utente e interrompem o processo: o telefone que toca, alguém que bate à porta ou entra ou até a presença de outro enfermeiro na sala que, ao entender intervir no treino, pode ter um efeito contraproducente. O domicílio surgiu como o local privilegiado para a realização do ensino, é “o mundo real”. Permite que o enfermeiro conheça efetivamente o espaço onde o tratamento vai decorrer, dirigindo as suas intervenções de uma forma mais precisa, logo mais eficaz. Além disso, o domicílio foi também referido como o local onde o utente aprende mais facilmente. Uma participante reportou a importância do início do treino ocorrer na unidade, como forma de promover uma saudável relação profissional enfermeiro-doente, podendo depois dar-se continuidade a esse mesmo treino já no domicílio.

Emergiram também dados relacionados com a gestão da técnica que o enfermeiro usa, com os modos de ensinar. Aqui há a referir as preocupações com a utilização criteriosa do suporte escrito (folhetos) e com o momento escolhido para usar este recurso (frequentemente quando o doente já tem um domínio razoável do procedimento em causa). Os participantes mostraram preferência pela utilização de técnicas “realistas” em detrimento da simulação de procedimentos, conseguindo-se assim uma compreensão dos conteúdos mais efetiva. A importância de, dentro do possível, adaptar o procedimento (a técnica manual ou automática) às características de quem aprende foi outro aspeto mencionado, bem como a preocupação com uma linguagem cuidada, favorecedora de uma comunicação eficaz. Uma das técnicas de ensino reportadas consiste em recorrer a um utente experiente como forma de exemplificar um procedimento. Outra consiste em solicitar ao alvo de ensino que exercite mentalmente e em casa (após a sessão de treino na unidade) o procedimento que está a aprender e que registe as diferentes etapas. Este registo será posteriormente partilhado com o enfermeiro e servirá para identificar dificuldades e potenciar as aprendizagens. A existência de uma avaliação foi referida como forma de garantir que o utente atingiu os objetivos e que está apto não só a fazer um procedimento, mas também a reconhecer sinais e sintomas de eventuais complicações.

A última dimensão reportada diz respeito à gestão do ritmo do ensino, aos momentos escolhidos para dar determinada informação. A existência de um plano de treino (guião) foi reportada como facilitadora, permitindo transmitir todos os conteúdos de forma sequencial e uniforme (sobretudo quando há vários enfermeiros envolvidos). A interrupção do treino pode ser uma estratégia de “desbloquear” um processo de ensino “que não está a correr bem”. O ensino foi reportado como um processo contínuo que necessita de ser sempre consolidado, pelo que o retreino foi entendido como fundamental. A introdução progressiva e criteriosa dos conteúdos foi outro dado que emergiu da análise dos dados. Assim foi referida a importância do treino se iniciar com abordagens mais “leves” ou “informais”, em que primeiro se exemplifica, o alvo de ensino assiste, depois começa a fazer, mas as mãos do enfermeiro “estão sempre lá”, para auxiliar ou fazer correções até que seja autónomo. Neste processo a associação dos conhecimentos teóricos à prática (à realidade, à lógica) é referida como

necessária e respeitam-se os tempos de cada utente, pelo que a duração do treino é variável.

Apesar de não existirem estudos semelhantes a este (de abordagem qualitativa que explore a perspetiva do enfermeiro que ensina), importa confrontar estes dados com a evidência disponível. As capacidades comunicacionais do enfermeiro e sua experiência profissional, a individualização do ensino, a necessidade de assegurar uma sala apropriada para a realização do treino e a avaliação dos conteúdos treinados são já aspetos recomendados pelas *Guidelines* da ISPD (Bernardini, Price, & Figueiredo, 2006). Contudo, apesar destas diretrizes fornecerem recomendações consideráveis, não há propriamente evidência sólida de que a instituição destas práticas levará à redução das taxas de peritonite ou à melhoria de resultados, sendo reconhecida a escassez de investigação sobre esta matéria (Zhang, Hawley, & Johnson, 2015). Refiro agora alguns estudos sobre os dados reportados pelos participantes:

- Em relação à importância da experiência do enfermeiro que ensina, no estudo de Yang, Xu, Zhuo, & Dong (2012) os anos de exercício são associados à redução das taxas de peritonite. O mesmo não acontece no estudo de Chow, Szeto, Law, Fun Fung, & Li (2007) que correlaciona negativamente a experiência profissional e as taxas de peritonite. Esta disparidade pode ser explicada pelo facto de, no segundo estudo, a distribuição dos doentes pelos enfermeiros ser intencional, ficando os enfermeiros mais experientes com os utentes mais “difíceis” de ensinar, logo com maior risco de infeção.
- Sobre o plano de treino que os participantes entendem como impulsionador da qualidade do ensino (em termos de abrangência, uniformização e sistematização), o estudo de Hall et al. (2004) sugere que a realização do ensino de acordo com um programa pré-definido está associada a menos complicações infecciosas, melhor equilíbrio hídrico, melhor *compliance* e melhor eficácia dialítica. Ainda assim é ressaltado o reduzido significado estatístico dos dados encontrados (na redução das peritonites), bem como a necessidade de se realizarem estudos adicionais que confirmem estas hipóteses.

- Um inquérito internacional não evidenciou relação entre a duração do ensino e as taxas de peritonite (Bernardini, Price, Figueiredo, Riemann, & Leung, 2006).
- Sobre a importância de consolidar o ensino, um estudo concluiu que após 33 meses em DP, 47% dos utentes necessitavam de retreino. Essa necessidade foi identificada através de um questionário e pela observação de incorreções na realização de procedimentos (Russo et al., 2006). Outro estudo concluiu que 6 meses após o início da DP, cerca de metade dos utentes ou não lavavam as mãos, ou não verificavam a data de validade das bolsas de diálise ou não inspecionavam a existência de fugas no equipamento. Cerca de 10% não usavam máscara (Dong & Chen, 2010).
- O domicílio como local privilegiado para a realização do treino está já documentando, estando associado à redução das taxas de peritonite (Castro et al., 2002; Ellis, Blaszak, Wright, & Van Lierop, 2012).
- Em relação à avaliação como forma de garantir que o utente está apto a efetuar DP autonomamente, o estudo de Chen, Li, Chen, & Yang (2008) não correlacionou o resultado de um teste escrito com o risco de peritonite. O facto deste teste apenas contemplar conhecimento teórico (descurando o desempenho do utente na realização de procedimentos) poderá explicar a inexistência de uma correlação entre estas duas variáveis.
- Têm sido reportadas taxas de peritonite idênticas nas situações em que o ensino é feito ao próprio utente, a um cuidador (familiar ou não) ou até quando a DP é assistida por um enfermeiro qualificado (Li et al., 2007; Verger et al., 2007; Xu, Zhuo, Yang, & Dong, 2012).

Na literatura consultada não identifiquei estudos sobre a importância da manutenção do mesmo enfermeiro ao longo do treino. No estudo de Hall et al. (2004), que sugere a importância do plano de ensino, não é descrito o protocolo em utilização, nem o conteúdo do treino. Existe pouca evidência sobre a técnica de ensino e sobre o ritmo do processo. Ainda assim recomenda-se flexibilidade e individualização dos métodos de treino, atendendo a que as próprias capacidades dos utentes também variam (Zhang et al., 2015).

2.6 Limitações do estudo e sugestões

Penso que a colheita dos dados ao ter sido efetuada “apenas” com o recurso a entrevistas, pode ter limitado de alguma forma o acesso aos mesmos. A este nível, julgo que replicar este estudo associando às entrevistas a observação de sessões de ensino, proporcionará o aparecimento de dados que não foram contemplados no discurso dos participantes.

Da minha parte reconheço também algumas dificuldades sentidas na aplicação das entrevistas. Se por um lado pretendia aceder aos dados, por outro tentei não condicionar os participantes com as minhas perguntas. A estratégia que usei foi, apesar de ter um guião de entrevista, dar a maior liberdade possível ao entrevistado no seu discurso e deixar emergir os dados espontaneamente.

Importa ainda salientar que os resultados apresentados dão “apenas” a perspetiva do enfermeiro que ensina. Não foi objetivo deste trabalho testar hipóteses ou estabelecer relações de causalidade. Seria interessante realizar um estudo comparativo, entre unidades com processos de ensino diferentes (por exemplo no que respeita à manutenção do mesmo enfermeiro ao longo do treino) e perceber a relação com indicadores como as taxas de peritonite ou as causas de abandono da técnica.

3. TRABALHO DESENVOLVIDO EM ENSINO CLÍNICO

O ensino clínico pretendeu constituir “um espaço privilegiado para a integração dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso e para o desenvolvimento das competências no domínio específico da enfermagem nefrológica”⁵. Pessoalmente, encarei esta experiência como uma oportunidade de excelência para mais e melhor conhecer e, com isso, elevar a qualidade da minha prática de cuidados, que a partir de agora se pretende especializada.

Ao equacionar sobre os possíveis locais de estágio considerei o meu percurso enquanto enfermeiro, bem como as expectativas que tenho para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Assim, apesar de exercer em nefrologia, tinha uma prática limitada à DP e à consulta de opções. Daqui decorria também uma visão redutora da Pessoa com DRC e da enfermagem nefrológica. Considerando a vasta área de cuidados que a nefrologia representa e a complexidade que é cuidar da Pessoa com DRC, afigurou-se-me evidente a necessidade de sair da minha “zona de conforto” (DP) e investir pelo menos 50% do estágio noutra vertente.

Aqui importa referir que o período de estágio apesar de extenso (500 horas) é limitado, pelo que a tentativa de percorrer todas as áreas da nefrologia poderia resultar não no desenvolvimento de competências especializadas numa área de cuidados, mas sim no acumular de generalidades sobre um sem número de coisas em contextos tão distintos que parecem intermináveis: HD (hospitalar, em clínica ou domiciliária); DP, TR (em internamento ou consulta de seguimento), consulta de opções, unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados paliativos, etc...

Assim elegi uma área da nefrologia da qual tenho sentido uma maior necessidade de aprofundar: a HD. Frequentemente iniciam DP utentes vindos da HD, não sendo também menos frequente acompanhar utentes na DP que transitam para a HD. Tratam-se de momentos “sensíveis” em que o enfermeiro pode exercer um efeito facilitador na adaptação a um novo método dialítico. Independentemente do sentido da mudança, o conhecimento profundo de ambas as técnicas contribui necessariamente para uma intervenção de

⁵ Unidade Curricular Estágio com Relatório (Documento Orientador). Prof. Filipe Cristóvão, Prof.^a Maria Saraiva, Prof.^a Eulália Novais. ESEL, 2015.

enfermagem mais adequada (mais à vontade em esclarecer dúvidas, em transmitir segurança, maior propriedade na forma com que se intervém). Em contexto de consulta de opções, ao procurar contribuir para um processo de tomada de decisão de um utente com DRC sobre um método de substituição (função a que frequentemente sou chamado), torna-se fundamental o conhecimento das técnicas de substituição em análise. Ao longo do curso fomos discutindo como não existem doentes desta ou daquela técnica, mas sim pessoas com DRC que, provavelmente, ao longo da vida terão de transitar várias vezes entre os vários métodos de substituição. Esta particularidade desafia os enfermeiros de nefrologia, sobretudo os especialistas, a um nível de preparação que deverá deslocar a ênfase da técnica “A” ou “B” para as reais necessidades do utente em causa.

Desta forma, decidi realizar metade do estágio numa Sala de HD de um hospital de Lisboa e assim procurar beneficiar desta experiência tanto quanto possível.

Contudo e conforme já referi, a DP tem sido a área da nefrologia a que me tenho dedicado e onde encontrei um singular sentimento de realização profissional. O facto de com o meu conhecimento e experiência contribuir para a autonomia e bem-estar de uma pessoa com DRC, aliada ao reconhecimento que fui encontrando, revelaram-se o melhor dos estímulos para o meu desenvolvimento profissional. A possibilidade de se estabelecerem relações profissionais muito próximas com os utentes e a influência do enfermeiro no sucesso deste tratamento, são aspetos muito referidos por quem exerce nesta área e que habitualmente não deixam ninguém indiferente. Saliento que se trata de um problema de saúde grave, potencialmente incapacitante e com risco de vida e que a DP é um tratamento complexo, com necessidade de grande envolvimento por parte dos utentes e suas famílias. De que forma a prática de enfermagem contribui para este processo adaptativo? Fui-me assim tornando sensível a problemáticas como: a melhoria dos processos de ensino, as questões em torno da redução das taxas de peritonite, a eficácia dialítica, a otimização dos cuidados ao orifício de saída do cateter *Tenckhoff*, a importância do apoio domiciliário, a gestão de expectativas (por exemplo por um transplante)...

Ao pretender desenvolver competências de enfermeiro especialista, senti que fazia sentido aproveitar a oportunidade que o estágio me oferecia para questionar a minha própria prática de cuidados, conhecendo outra unidade de DP. Decidi assim realizar o tempo restante desta experiência numa unidade DP de um hospital da periferia de Lisboa.

À partida para o ensino clínico estabeleci como objetivo geral:

- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa e família com DRC.

Estabeleci ainda como objetivos específicos:

- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa e família com DRC em processo de tomada de decisão sobre os métodos de substituição da função renal.
- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à Pessoa e família com DRCT em diálise (HD e DP).

Discutirei de seguida as atividades desenvolvidas nos dois contextos de estágio selecionados e procurarei sintetizar as principais aprendizagens realizadas.

3.1 Sala de HD de um hospital de Lisboa

3.1.1 Breve caracterização do local

A unidade escolhida inclui uma sala principal com 12 postos de diálise e 1 de isolamento, além de uma outra sala secundária com 5 postos reservados para utentes com infeção a VIH e/ou VHB. Os utentes com infeção a VHC efetuam o seu tratamento na sala principal, no último posto do circuito da água. A unidade funciona 24 horas por dia e utiliza monitores de HD de duas empresas diferentes.

A equipa de enfermagem é constituída por 23 elementos, dos quais 2 são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (área nefrológica). A equipa multidisciplinar é ainda composta por médicos nefrologistas, dietista e assistente social.

Efetuem-se aproximadamente 40 a 50 sessões por dia, sendo uma das unidades de HD hospitalar com maior atividade no nosso país. A esta sala de HD recorrem maioritariamente utentes internados, mas também alguns doentes de ambulatório (sobretudo oriundos dos PALOP a aguardar regularização da sua situação legal).

Foram fatores determinantes para que escolhesse este contexto em particular: a existência de enfermeiros especialistas na área de cuidados em que me pretendo especializar, a elevada atividade do serviço e sua diferenciação⁶, mas também questões “logísticas” relacionadas com a proximidade com o meu local de trabalho e com a possibilidade de efetuar turnos (incluindo ao fim-de-semana). Acresce ainda a receptividade que o serviço demonstrou em relação ao meu projeto de estágio.

3.1.2 Atividades efetuadas

Ao pretender desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à Pessoa e família com DRCT em HD, foquei-me em desenvolver as seguintes atividades:

- Observação das práticas instituídas. Sobretudo numa fase inicial e considerando a minha inexperiência nesta área, procurei perceber dinâmicas, preocupações partilhadas entre colegas, informações mais valorizadas pela equipa e ideias subjacentes aos registos de enfermagem. Naturalmente que a observação da vertente técnica foi fundamental: o que considerar na avaliação pré-dialítica do utente? Como preparar o equipamento necessário à sessão? Que complicações foram identificadas, como o foram, e que intervenções se efetuaram? Estas constituíram algumas das questões cuja observação das práticas me ajudou a encontrar resposta. Saliento também a visita à sala de tratamento da água onde me foi explicado o processo envolvido, contribuindo assim para que compreendesse a complexidade e as condições necessárias para que se efetue este tratamento em segurança.

⁶ Além de HD convencional a unidade dá apoio aos serviços do hospital com técnicas dialíticas contínuas e assegura a realização de técnicas extracorporais como a plasmaferese.

- Conhecimento das normas e protocolos do serviço. O recurso à documentação existente complementou a observação das práticas. A leitura de bibliografia relacionada e a revisão de algumas matérias discutidas em sala de aula foram fundamentais na compreensão de vários aspetos do tratamento, como sejam: os seus princípios bioquímicos (ajudando a perceber as características da diálise que se está a realizar, a composição do banho, etc.); tipos de acesso vascular e elementos a considerar na sua avaliação (ver, ouvir, sentir...), técnicas de punção, complicações descritas na literatura e modos de atuação (hipotensão intradialítica, alterações iónicas...).
- Desenvolvimento de capacidade técnica necessária nesta área de cuidados, nos aspetos relacionados com a preparação da sessão de HD, monitorização do doente e conclusão do tratamento. Importa enquadrar a complexidade do contexto: note-se que o período de integração de enfermeiros nas clínicas de uma empresa privada de hemodiálise a operar em Portugal é de 360 horas, contrastando com as 250 horas que disponibilizei para esta experiência. Daqui se infere o desafio que tinha, considerando até a instabilidade clínica de muitos utentes, tratando-se de hemodiálise hospitalar, o que conferiu um grau de exigência singular. Ainda assim, consegui progressivamente atingir um elevado nível de autonomia nas diferentes situações de prestação de cuidados, o que me permitiu focar noutras intervenções, como as que descrevo em seguida.
- Desenvolvimento e implementação de estratégias de melhoria do autocuidado. Destacaria alguns aspetos e preocupações que nortearam a consecução desta atividade:
 - o Sobre os cuidados com o acesso vascular: em que medida o momento da intervenção me orienta no seu planeamento e concretização (cuidados antecipatórios, pós-construção, maturação ou programa regular de HD...?); o que a observação do acesso revela sobre o autocuidado?
 - o Sobre a alimentação: como o envolvimento do utente na gestão da sua dieta pode condicionar o sucesso do tratamento e bem-estar? E o que dizer sobre a *compliance* ou adesão terapêutica?

Como interpretar o ganho de peso interdialítico e as concentrações séricas pré-dialíticas de fósforo e potássio?

- Sobre o exercício físico: de que forma pode ser efetuado para uma maior qualidade de vida?

Neste contexto, o desafio foi procurar identificar em cada situação, que ideias podiam, deviam ou tinham de ser trabalhadas com o utente, de uma forma enquadrada com a intervenção da equipa multidisciplinar.

- Observação e interpelação de enfermeiros especialistas neste campo de intervenção, de forma a refletir sobre o contributo que a enfermagem de prática avançada pode trazer na abordagem da pessoa com DRC. A discussão entre colegas em torno das características que distinguem os cuidados de enfermagem especializados é frequente. Facilmente se trazem à coação exemplos de especialidades a que correspondem procedimentos muito específicos, como a Enfermagem de Reabilitação em que se observam técnicas próprias, ou a Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica. “E vocês na médico-cirúrgica de nefrologia o que é que aprendem, a picar as fístulas de outra maneira?”, foi uma questão que me colocaram quando iniciei o curso. Conforme sustentei no ponto 1.2 uma das diferenças do enfermeiro especialista deve ser a sua capacidade de análise aos problemas do seu campo de intervenção. Assim constatei que uma das particularidades estava na fundamentação das decisões, frequentemente efetuada com recurso a dados da evidência científica (por exemplo quando um enfermeiro especialista me dizia “reinfundo o sistema desta forma porque a investigação mostra que tem esta influência na hemoglobina” ou “fazendo desta maneira aumenta-se a longevidade do acesso”).
- Realização de formação sobre DP. Fora do horário da DP, estes cuidados são assegurados pelos enfermeiros da sala de HD. Assim, nessas situações, mas também noutros momentos menos formais, pude contribuir com a minha experiência para a divulgação da técnica, esclarecimento de dúvidas e melhoria das práticas.
- Observação de 3 cirurgias de colocação de cateter *Tenckhoff*. Apesar de exercer em DP nunca tinha tido oportunidade de observar estas

cirurgias. Pude aqui fazê-lo e assim clarificar as circunstâncias em que este procedimento decorre e que determinam o sucesso do tratamento.

No final desta experiência considerei ter atingido os objetivos a que me propus. A avaliação qualitativa do orientador do local de estágio consta no Apêndice 4.

3.2 Unidade de DP de um hospital da periferia de Lisboa

3.2.1 Breve caracterização do local

A unidade escolhida constitui uma referência no nosso país, dado que é uma das mais antigas e das que mais utentes acompanham. Os últimos dados disponíveis revelam que das 26 unidades a funcionar em território nacional, apenas duas acompanham mais de 75 doentes, sendo esta uma delas (Macário, 2015). À data do estágio, encontravam-se em programa 78 utentes, com uma média de idades de 53 anos, em que 62% eram do sexo masculino. Cerca de 70% encontravam-se em tratamento manual e os restantes em automático. A unidade funciona nos dias úteis, das 9:00 às 17:00 horas.

A equipa de enfermagem é constituída por duas enfermeiras, uma delas especialista em enfermagem médico-cirúrgica (vertente nefrológica). A equipa multidisciplinar é ainda composta por duas médicas nefrologistas, dietista e assistente social.

Os utentes desta unidade beneficiam de um programa de apoio domiciliário de enfermagem assegurado pelas duas empresas fornecedoras do equipamento de diálise de que o serviço dispõe. Numa das empresas o apoio é assegurado por uma enfermeira externa à unidade e noutra por uma enfermeira da própria unidade.

A consulta de opções, também designada de consulta de esclarecimento de enfermagem é realizada pelas enfermeiras da DP.

Foram fatores determinantes para que escolhesse este contexto em particular: a experiência acumulada desta unidade (é a mais antiga do país), a existência de uma enfermeira especialista na área de cuidados em que me pretendo especializar, a possibilidade de neste contexto poder enriquecer o meu período de estágio com a consulta de opções e de poder acompanhar a

enfermeira de apoio domiciliário nas suas visitas. A tudo isto acresce a receptividade que o serviço demonstrou em relação ao meu projeto de estágio.

3.2.2 Atividades efetuadas

Ao pretender desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à Pessoa e família com DRCT em DP, e também em processo de tomada de decisão sobre os métodos de substituição da função renal, foquei-me em desenvolver as seguintes atividades:

- Observação das práticas instituídas. Considerando a minha experiência prévia nesta área e estando já genericamente familiarizado com as técnicas que lhe são específicas e seus fundamentos, pretendi sobretudo encontrar possíveis diferenças que me levassem a questionar as minhas próprias práticas. Para a consecução desta atividade foram exemplo as seguintes questões estruturantes: como decorre o processo de ensino? Que estratégias se usam e com que resultado? Não havendo uma orientação universalmente estabelecida sobre os cuidados ao orifício do cateter, qual a prática desta unidade? Quais as complicações mais frequentes? Como interpretar a taxa de peritonite deste contexto no que à prática de enfermagem diz respeito? Em que medida a organização e realização da consulta de opções difere do meu contexto e com que resultado? Qual a importância do apoio domiciliário? Com estas e outras questões fui ambicionando encontrar a melhor das práticas.
- Conhecimento das normas e protocolos do serviço. Considerando que o período de estágio era limitado e que algumas das intervenções de enfermagem em DP ocorrem com pouca frequência (por exemplo o PET⁷ é efetuado uma vez por ano), o recurso à documentação existente complementou a observação e permitiu-me “encontrar” alguns dados que de outra forma dificilmente alcançaria. Saliento a existência de um manual elaborado pelas enfermeiras da unidade, em que constam os vários cuidados de enfermagem específicos da DP,

⁷ PET: *Peritoneal Equilibration Test* (Teste do Equilíbrio Peritoneal).

constituindo este documento uma caracterização bastante completa daquelas que são as práticas aqui efetuadas e seus fundamentos.

- Reflexão sobre a minha prática de cuidados (no contexto onde exerço funções). À medida que o estágio progrediu fui identificando algumas áreas passíveis de melhoria ou desenvolvimento. São exemplos disso:
 - Otimização do trabalho da equipa multidisciplinar. Na unidade onde efetuei ensino clínico, a equipa reúne mensalmente. Numa dessas reuniões pude assistir e participar na discussão em torno de situações como o aparecimento de determinadas complicações, a necessidade de melhorar a eficácia dialítica de alguns utentes, a possibilidade de a curto prazo transitarem doentes para HD. Nestas reuniões identificam-se problemas, cada técnico contribui com a sua perspetiva e delineiam-se estratégias de intervenção, ficando o conteúdo da reunião registado em ata. Este parece-me ser um exemplo de uma boa prática que pretendo replicar na unidade onde exerço, já que apesar de também existir uma equipa multidisciplinar, a não existência de uma reunião similar condiciona de alguma forma todo o contributo que o trabalho multidisciplinar pode trazer.
 - Melhoria dos processos de ensino. O contacto com diferentes estratégias de ensino à Pessoa em DP e a discussão que procurei ter com as colegas envolvidas foram bastante enriquecedores. Num desses momentos, uma colega explicava-me o benefício de, no último dia de ensino da técnica manual, o procedimento ser observado por um enfermeiro diferente daquele que fez o treino (traz, no seu entender, maior certeza no que respeita ao utente estar efetivamente preparado para iniciar DP autonomamente em casa).
 - Outros aspetos mereceram também a minha análise. Por exemplo, o elevado número de utentes em DP manual nesta unidade, contrastando com a quase tácita passagem para a modalidade automática no meu serviço. Esta situação fez-me pensar na necessidade de, sem prejuízo da vontade do doente, se avaliarem efetivamente as condições necessárias para uma

transição segura para cicladora (nomeadamente a capacidade cognitiva para lidar com o equipamento).

Penso que esta reflexão, que me levou a identificar as áreas de desenvolvimento que referi (e que constituem exemplos), contribuirá para uma maior adequabilidade das minhas intervenções nas diferentes situações a que sou chamado, num contexto que se pretende de prática avançada.

- Observação e interpelação da enfermeira especialista neste campo de intervenção. Também aqui pude discutir sobre a mais valia que os cuidados especializados podem trazer a um programa de DP, que se pretende fundamentado e baseado na melhor evidência. O que a investigação diz sobre o processo de ensino? Qual a melhor prática na prevenção e tratamento das principais complicações? Como facilitar a adaptação do doente ao tratamento? Como otimizar a utilização das soluções de diálise? Estas foram algumas das questões consideradas.
- Realização da consulta de opções. A este nível procurei desenvolver estratégias de comunicação facilitadoras da tomada de decisão da Pessoa com DRC sobre os métodos de substituição da função renal. Com as colegas da unidade discutíamos frequentemente, em privado, sobre como transmitir a informação certa, na “dose” certa e recorrendo a uma linguagem adequada. No fundo muito relacionado também com o que se pretende no ensino da Pessoa em DP.
- Acompanhamento da enfermeira de apoio domiciliário nas suas vistas. Aqui pude verificar como a intervenção no próprio domicílio pode contribuir para o sucesso do tratamento. Nesta perspetiva, a visita domiciliária assume uma importância determinante a vários níveis:
 - o Na identificação de fatores de risco: presença de animais de estimação, iluminação disponível ou condições habitacionais.
 - o Na organização do espaço de uma forma segura e facilitadora dos procedimentos inerentes ao tratamento.
 - o Na otimização do ensino, podendo assim ser deslocado do ambiente hospitalar para a casa do utente, ou seja, o ambiente real onde a técnica será efetuada.

- Observação de 3 cirurgias de colocação de cateter *Tenckhoff*. Tal como efetuei no primeiro local de estágio, também aqui pude observar estas cirurgias e perceber as vantagens e desvantagens das diferentes técnicas usadas (num contexto laparoscopia, noutra mini laparotomia).
- Participação no 13º Encontro Regional da APEDT. Nesta atividade discutiram-se temáticas como a investigação em enfermagem nefrológica e a intervenção do enfermeiro no esclarecimento da pessoa com DRC. Foi uma atividade que ocorreu a meio do meu estágio na unidade de DP e que complementou a experiência em ensino clínico.
- No decorrer do estágio tive ainda oportunidade para me deslocar a duas unidades de DP: uma da região norte e outra da região sul. Aqui pude, ainda que de forma sumária, observar e questionar sobre as práticas em curso. Foram duas experiências bastante enriquecedoras dado que o conhecimento de outros contextos acrescenta sempre valor ao percurso de cada um.

No final desta experiência considerei ter atingido os objetivos a que me propus. A avaliação qualitativa do orientador do local de estágio encontra-se no Apêndice 5.

3.3 Fatores condicionantes e facilitadores do ensino clínico

Parece-me agora oportuno referir alguns aspetos que marcaram o trabalho em ensino clínico, numas vezes condicionando-o, noutras potenciando-o e que contribuem para ilustrar o percurso efetuado.

O trabalho desenvolvido na unidade de HD decorreu em acumulação com a minha atividade profissional, levando a um natural desgaste físico e psicológico. Frequentemente efetuei 16 horas de trabalho seguidas e ocupei os poucos dias de folga com turnos referentes ao estágio. Acresceu ainda tratar-se de uma área complexa da nefrologia, onde não tinha nenhuma experiência e em que para o desenvolvimento de competências necessitei de conhecer minimamente e rapidamente a tecnologia associada. Nesse ponto de vista, não fazia sentido ambicionar estabelecer uma relação de confiança se transparecesse insegurança ou desconhecimento sobre o que me rodeava. Da

mesma forma, como poderia pretender melhorar o autocuidado de um utente com uma fístula arteriovenosa sem eu próprio possuir um conhecimento razoável sobre a avaliação do acesso? Ainda assim considero que progressivamente e de forma sustentada consegui atingir os objetivos a que me propus. Um exemplo disso foi a elevada autonomia que adquiri nas várias situações a que era chamado, logo a partir do primeiro terço do estágio. A partir daqui foi-se gerando a motivação necessária para novas aprendizagens, de forma a que beneficiasse desta experiência ao máximo. O facto de já trabalhar em nefrologia constituiu um fator facilitador.

Considerando que o meu horário de trabalho é coincidente com a unidade de DP onde estagiei, para efetuar este ensino clínico necessitei de recorrer ao meu período anual de férias. Por conseguinte, a minha passagem por este contexto acabou por ser facilitada, no sentido em que me pude dedicar em exclusividade. Sendo a DP a minha área profissional, penso que isso contribuiu também para que aprofundasse um pouco mais esta experiência, tornando-a talvez mais reflexiva e por isso mais próxima do pretendido num enfermeiro especialista. O facto de os doentes desta unidade terem já as suas duas enfermeiras de referência e de eu ser um elemento externo dificultou, em certa medida, a minha intervenção, situação já não verificada nos utentes em ensino ou recém-chegados à unidade.

Beneficiei ainda de, quer num contexto quer noutro, as minhas orientadoras dos respetivos locais serem especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (vertente nefrológica), estando assim bastante familiarizadas com os objetivos pretendidos e conseguindo sempre assumir um papel facilitador nas minhas aprendizagens.

O trabalho de pesquisa realizado foi também impulsionando a minha prática. Ao longo do estágio foi frequente trazer à discussão com os orientadores o resultado de algumas leituras que efetuava ou de alguns dados que ia colhendo. Contudo, a realização deste trabalho obrigou a um esforço adicional na gestão do tempo, de forma a conseguir efetuar todas as leituras pretendidas, entrevistas planeadas e sua transcrição, análise dos dados, redação do relatório, etc....

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A DRC constitui hoje um dos problemas de saúde pública mais preocupantes em Portugal e no mundo. A prevalência desta doença, associada ao agravamento dos seus fatores de risco e consequente tendência de crescimento, justificam a discussão e o interesse pelos diferentes aspetos inerentes a esta problemática.

Torna-se assim necessário formar enfermeiros especialistas, capazes de responder adequadamente às necessidades da cada utente. Sem prejuízo da necessidade de se intervir preventivamente no aparecimento da DRC, importa considerar a complexidade desta doença, a sua cronicidade e a complexidade do tratamento. Neste sentido, a evolução tecnológica e científica possibilitou o desenvolvimento de métodos de substituição renal como a HD, a DP ou até o TR. Em poucos anos, foi possível passar de uma situação em que não existiam tratamentos substitutivos, para outra em que é possível escolher aquele que se prefere fazer.

O enfermeiro assume aqui uma intervenção de grande importância, quer no processo de tomada de decisão do doente sobre o método de substituição, quer na adaptação ao próprio tratamento. Pela proximidade que tem com os utentes, encontra-se numa posição privilegiada para facilitar esse processo adaptativo. É o enfermeiro que tem o conhecimento e o treino para fazer (a preparação de um monitor de HD, uma passagem manual de DP), para identificar (um desequilíbrio hídrico), para prevenir (uma peritonite, a disfunção de um acesso vascular), para controlar (o ganho de peso interdialítico) e para capacitar o utente (a cuidar do seu acesso, a gerir a terapêutica ou a alimentação), entre outros.

Todos estes conteúdos foram aprofundados ao longo do mestrado e mobilizados de alguma forma em estágio. Perspetivo assim uma prática profissional futura mais adequada e devidamente fundamentada na melhor evidência. Mas não se tratam apenas de questões relacionadas com as consequências da doença e com a tecnologia associada ao tratamento. A complexidade da DRC remete também para a forma como cada Pessoa vive este processo, para os fatores que podem perturbar a sua adaptação e para os mecanismos de *coping*. Uma intervenção de enfermagem apropriada contribui

para que cada Pessoa “entre” progressivamente no tratamento, em vez de ser o tratamento a “entrar” abruptamente na vida de cada um. Este processo só se consegue com enfermeiros preparados e conscientes das decisões que estão ao seu alcance.

O estágio em HD constituiu uma oportunidade para aprofundar os meus conhecimentos sobre este método substitutivo e assim ampliar a minha visão da Pessoa com DRC. Mesmo que não exerça diretamente em HD, considero que as competências aqui desenvolvidas serão úteis para a minha prática clínica. De facto, também contacto com utentes que apesar de se encontrarem em DP, já construíram ou vão construir um acesso vascular, não sendo menos frequente acompanhar a transição entre métodos de substituição. Uma das minhas funções que mais beneficiou com esta experiência foi a realização da consulta de opções. Naturalmente, com as competências desenvolvidas a avaliação que faço de cada utente é hoje mais abrangente e a minha capacidade de resposta também se tornou mais apropriada.

O estágio noutra unidade de DP constituiu sobretudo um exercício de questionamento, de identificação de algumas áreas de desenvolvimento profissional. Foi um período de troca de experiências, quer ao nível das práticas, quer ao nível dos resultados. Saliento o contacto com outros métodos de ensino, como por exemplo a inclusão de uma avaliação no final do processo (efetuada por um enfermeiro diferente daquele que fez o ensino) ou o simples exercício de se pedir ao utente que registe em casa as várias etapas do procedimento que está a aprender, devendo depois trazer esse registo para a unidade, conseguindo-se assim estimular a aprendizagem e identificar eventuais dificuldades. Neste estágio, frequentemente senti que ia tomando consciência de pequenos pormenores que, apesar da minha experiência na área, me tinham passado despercebidos até então. Ao longo do ponto 3 do relatório procurei salientar estas aprendizagens e relacioná-las com o desenvolvimento de competências num contexto de especialidade.

Partindo da minha prática profissional em DP e da importância que fui reconhecendo no processo de ensino, entendi como oportuno aprofundar o estudo sobre esta área. A revisão da literatura orientou-me para a realização de um estudo descritivo de abordagem qualitativa que procurou explorar a perspetiva do enfermeiro que ensina. Foi um processo enriquecedor a vários

níveis. Numa fase inicial, ao procurar definir o objeto de estudo, tive oportunidade de rever e aprofundar a literatura relacionada, de uma forma mais abrangente e pormenorizada do que tinha feito até aqui. Tratava-se de encontrar sentido no trabalho que pretendia vir a efetuar. Assim, saliento que a questão de partida foi proposta pelos autores de uma revisão sistemática da literatura sobre intervenções educacionais em DP (ponto 2.2).

Posteriormente, já durante o trabalho de campo, a realização de 5 entrevistas a enfermeiros experientes no treino em DP permitiu-me realizar várias aprendizagens que de outra forma não conseguiria. Foi um momento desgastante (implicou deslocações, transcrição de entrevistas), mas muito recompensador. Da análise temática de conteúdo surgiram pistas interessantes para quem se dedica a esta área e pretende melhorar a qualidade dos “seus” treinos. Assim, os participantes no estudo reportaram que os fatores envolvidos para um ensino eficaz vão além das técnicas usadas e incluem também aspetos relacionados com as características de quem ensina e é ensinado, com o local onde o processo decorre e com os momentos em que se dá (ou se trabalha) determinada informação com um utente. Será que o enfermeiro que se inicia em DP tem consciência de que a manutenção do mesmo técnico ao longo do treino pode ser favorável, mas que em algumas situações a troca de enfermeiro pode até ser uma estratégia que desbloqueia um ensino “estagnado”? Estarão todos os enfermeiros de nefrologia conscientes da necessidade de motivar para aprender, por exemplo quando se inicia o treino a um doente habituado aos sofisticados monitores de HD e que de repente se vê sentado num cadeirão, com uma bolsa de DP pendurada num suporte? Estes e outros aspetos foram reportados pelos participantes e discutidos no ponto 2.5.

Nesta linha, o ensino é um processo complexo que exige conhecimento sobre os aspetos que lhe são inerentes. Esse mesmo conhecimento possibilita uma intenção (estratégica) nas várias decisões e ações que são da responsabilidade do enfermeiro que ensina.

Em última análise, foi esse o meu propósito quando projetei esta experiência (mestrado e ensino clínico): melhor conhecer para melhor decidir... e com isso proporcionar cuidados de enfermagem de maior qualidade, que se pretendem especializados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ballerini, L., & Paris, V. (2006). Nosology: when the learner is a patient with chronic renal failure. *Kidney International. Supplement*, (103), S122–S126. doi:10.1038/sj.ki.5001928
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo* (5th ed.). Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bernardini, J., Price, V., & Figueiredo, A. (2006). ISPD GUIDELINES / RECOMMENDATIONS Peritoneal Dialysis Training. *Peritoneal Dialysis International*, 26(May), 625–632.
- Bernardini, J., Price, V., Figueiredo, A., Riemann, A., & Leung, D. (2006). International survey of peritoneal dialysis training programs. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 26(6), 658–663.
- Castro, M. J., Celadilla, O., Munoz, I., Martinez, V., Minguez, M., Auxiliadora Bajo, M., & del Peso, G. (2002). Home training experience in peritoneal dialysis patients. *EDTNA/ERCA Journal (English Ed.)*, 28(1), 36–39.
- Chen, T. W., Li, S. Y., Chen, J. Y., & Yang, W. C. (2008). Training of peritoneal dialysis patients--Taiwan's experiences. *Perit Dial Int*, 28 Suppl 3(252), S72–5. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18552269>
- Chow, K. M., Szeto, C. C., Law, M. C., Fun Fung, J. S., & Li, P. K. T. (2007). Influence of peritoneal dialysis training nurses' experience on peritonitis rates. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 2(4), 647–652. doi:10.2215/CJN.03981206
- Chow, K. M., Szeto, C. C., Leung, C. B., Law, M. C., Kwan, B. C.-H., & Li, P. K.-T. (2007). Adherence to peritoneal dialysis training schedule. *Nephrology, Dialysis, Transplantation: Official Publication Of The European Dialysis And Transplant Association - European Renal Association*, 22(2), 545–551. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=17035375&lang=pt-br&site=ehost-live>

- Decreto-Lei nº104/98 de 21 de Abril do Ministério da Saúde, Pub. L. No. Diário da República: I Série, Nº93 (1998). Retrieved from www.dre.pt
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013). *Plano nacional de saúde 2012-2016*. Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2012). Tratamento Conservador Médico da Insuficiência Renal Crónica Estádio 5. *Norma Da Direção-Geral Da Saúde N.º 017/2011 de 28/09/2011 (atualizado a 14/06/2012)*, 1–35.
- Dong, J., & Chen, Y. (2010). Impact of the bag exchange procedure on risk of peritonitis. *Peritoneal Dialysis International*, 30(4), 440–447. doi:10.3747/pdi.2009.00117
- European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). (1999). *Nephrology Nurse Profile*. Retrieved from <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/NephrologyNurseProfile.pdf>
- European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA). (2007). *Competency Framework*. Retrieved from <http://www.edtnaerca.org/pdf/education/CompetencyBook.pdf>
- Ellis, E. N., Blaszak, C., Wright, S., & Van Lierop, A. (2012). Effectiveness of home visits to pediatric peritoneal dialysis patients. *Peritoneal Dialysis International*, 32(4), 419–423. doi:10.3747/pdi.2010.00145
- François, K., & Bargman, J. M. (2014). Evaluating the benefits of home-based peritoneal dialysis. *International Journal Of Nephrology And Renovascular Disease*, 7, 447–455. doi:10.2147/IJNRD.S50527
- Hall, G., Bogan, A., Dreis, S., Duffy, A., Greene, S., Kelley, K., ... Schwartz, N. (2004). New directions in peritoneal dialysis patient training. *Nephrology Nursing Journal: Journal Of The American Nephrology Nurses' Association*, 31(2), 149. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=15114797&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados De Enfermagem Numa Perspectiva de Cuidar*. (Lusociência, Ed.).

- Jain, a. K., Blake, P., Cordy, P., & Garg, a. X. (2012). Global Trends in Rates of Peritoneal Dialysis. *Journal of the American Society of Nephrology*, 23(3), 533–544. doi:10.1681/ASN.2011060607
- Jha, V., Garcia-Garcia, G., Iseki, K., Li, Z., Naicker, S., Plattner, B., ... Yang, C.-W. (2015). Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *The Lancet*, 382(9888), 260–272. doi:10.1016/S0140-6736(13)60687-X
- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) & Of, O. J. O. S. CKD Work Group. (2013). KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International Supplements*, 3(1), 4–4. doi:10.1038/kisup.2012.76
- Levy, J., Morgan, J., & Brown, E. (2004). *Oxford handbook of dialysis* (2nd ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Li, P. K.-T., Law, M. C., Chow, K. M., Leung, C.-B., Kwan, B. C.-H., Chung, K. Y., & Szeto, C.-C. (2007). Good patient and technique survival in elderly patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International: Journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*, 27 Suppl 2, S196–201. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=17556304>
- Macário, F. (2015). *Tratamento Substitutivo Renal da Doença Renal Crónica Estadio V em Portugal*.
- Mendes, Diana (21 Janeiro 2013). Doentes com indicação devem fazer diálise em casa. *Diário de Notícias*. Retrieved from http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=3005492
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, Ordem dos Enfermeiros 1–10 (2010). Retrieved from http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Orem, D. (1980). *Nursing: concept of practice* (1^a ed.). New York: McGraw-Hill. New York.

- Riemann, A., & Casal, M. C. (Eds.). (2009). *Peritoneal Dialysis: a Guide to clinical Practise*. EDTNA/ERCA.
- Russo, R., Manili, L., Tiraboschi, G., Amar, K., De Luca, M., Alberghini, E., ... Ballerini, L. (2006). Patient re-training in peritoneal dialysis: why and when it is needed. *Kidney International. Supplement*, (103), S127–32.
doi:10.1038/sj.ki.5001929
- Schaepe, C., & Bergjan, M. (2015). Educational interventions in peritoneal dialysis: A narrative review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 52(4), 882–898. doi:10.1016/j.ijnurstu.2014.12.009
- Silva, A. P. e. (2007). Enfermagem Avançada - um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11–9.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 843–860. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x
- Tarricone, R., & Tsouros, A. D. (2008). Home care in Europe. The solid facts. *World Health*, 46.
doi:http://www.euro.who.int/libaccess/lib.mcmaster.ca/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf.
- Thomas, N. (2014). *Renal Nursing* (4th ed.). Oxford: Wiley Blackwell.
- Verger, C., Duman, M., Durand, P.-Y., Veniez, G., Fabre, E., & Ryckelynck, J.-P. (2007). Influence of autonomy and type of home assistance on the prevention of peritonitis in assisted automated peritoneal dialysis patients. An analysis of data from the French Language Peritoneal Dialysis Registry. *Nephrology, Dialysis, Transplantation : Official Publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 22(4), 1218–1223. doi:10.1093/ndt/gfl760
- World Health Organization (WHO). (2002). Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. Retrieved from <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf?ua=1>
- World Health Organization (WHO). (2014). Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014.

- Xu, R., Zhuo, M., Yang, Z., & Dong, J. (2012). Experiences with assisted peritoneal dialysis in China. *Peritoneal Dialysis International*, 32(1), 94–101. doi:10.3747/pdi.2010.00213
- Yang, Z., Xu, R., Zhuo, M., & Dong, J. (2012). Advanced nursing experience is beneficial for lowering the peritonitis rate in patients on peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International*, 32(1), 60–66. doi:10.3747/pdi.2010.00208
- Zhang, L., Hawley, C. M., & Johnson, D. W. (2015). Focus on peritoneal dialysis training: working to decrease peritonitis rates. *Nephrology Dialysis Transplantation*, gfu403. doi:10.1093/ndt/gfu403

APÊNDICE 1

CONSENTIMENTO INFORMADO (MINUTA)

Consentimento Informado

Eu, _____
declaro que fui informado(a) do objetivo e metodologia do trabalho de investigação “*A intervenção do enfermeiro no ensino da Pessoa em Diálise Peritoneal*”, realizado no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Vertente Nefrológica).

Estou consciente de que em nenhum momento serei exposto(a) a riscos em virtude da minha participação nesta investigação e que poderei em qualquer momento recusar participar sem nenhum prejuízo. Sei também que a entrevista semiestruturada por mim respondida será sujeita a gravação áudio.

Aquando do tratamento dos dados, estes serão codificados (mantendo-se o anonimato) e usados somente para fins científicos.

Fui informado(a) de que não terei nenhum tipo de despesas nem receberei nenhum pagamento ou gratificação pela minha participação nesta investigação.

Face ao exposto, concordo voluntariamente em participar no estudo.

(Participante)

Data ____/____/____

Investigador: Carlos Manuel Lopes Torgal

E-mail: Carlos_torgal@sapo.pt

APÊNDICE 2

TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

- **Fazes ensino já há muito tempo?**
- Sim... estou lá no serviço desde 2008 e nós não estamos específicos numa área, então somos integrados e fazemos ensinos... habitualmente é por ordem, para rodar por todos, os ensinos rodam pela equipa.
- **Todos fazem ensinos?**
- Todos fazem ensinos....
- **Vocês lá... quando é que começa o ensino, fazem o ensino antes ou depois do doente ter o cateter?**
- Depois de ter o cateter ... começam a ir à unidade para fazer aquele tempo de *breaking*, a gente tem um protocolo mesmo em que eles fazem uma passagem por semana, depois a gente nesse dia também vê o penso, tenta evitar nesses dias mexer no penso, depois o ensino habitualmente é passado 15 dias - 3 semanas... começamos a falar mais na técnica...
- **Começam mais ou menos nessa altura e depois a duração do ensino demora uns dias... umas semanas...?**
- É assim é consoante também a pessoa. Às vezes pode durar até uma semana e já chegou a haver situações de mais tempo, às vezes duas semanas. Às vezes temos que dar um intervalo... tipo não está a correr muito bem, fazemos uma avaliação, achamos que aquilo... fazemos um intervalo de uma semana... 3 dias e depois retoma outra vez... porque às vezes aquilo não... mas habitualmente uma a duas semanas.
- **Por vezes sentem necessidade de interromper o ensino como se fosse para o doente descansar...?**
- Tal e qual... mesmo para o doente descansar e nós também. Quando começamos o ensino tentamos manter a mesma pessoa, às vezes não é possível, mas sempre que é possível mantemos a mesma pessoa, e quando aquilo não está a correr bem a gente prefere parar, o doente descansa e depois nós voltamos a retomar ... porque às vezes parece que há ali qualquer coisa que não está a ir, depois a pessoa também sobre pressão fica mais condicionada.

- **Então o ensino ser feito intensivamente diariamente só por si não é necessariamente uma coisa que resulte?**
- Não é necessariamente uma coisa que resulte!
- **Por vezes é importante fazer as coisas de uma forma mais pausada e até parar o ensino...**
- Se for preciso ... já chegou a ser necessário. Parar, fazer um intervalo e depois retomar... a pessoa vem mais relaxada, acho que ela vem mais calma.
- **E estavas-me a dizer que por vezes é a mesma pessoa que faz as diferentes sessões de ensino, mas que nem sempre é...**
- Não... infelizmente.
- **Achas que é melhor ser sempre a mesma pessoa a fazer o ensino do início ao fim?**
- Sem dúvida. Porque depois por mais que a gente tente uniformizar e falarmos a mesma linguagem... cada um tem a sua maneira de ensinar e o que é que acontece, acho que para a pessoa que está a receber o ensino... fica..., já houve doentes mesmo, cuidadores principalmente, que dizem assim “pois, mas a Sra. diz assim e a outra Sra. diz assado” e claro que ficam confusos. Se for sempre a mesma pessoa eles aprenderam daquele modo, e depois de saberem claro que podem passar pelas outras colegas quando vão à unidade e fazem trocas, quando vão à unidade a gente aproveita para consolidar o ensino para ver se estão a fazer corretamente.
- **Já depois de estarem em tratamento?**
- Sim, quando lá vão a gente tenta... tu imagina... eu quando tenho alguém para vir eu digo para fazerem a troca lá, para eu ver novamente e ver se está tudo correto...
- **Se estão a fazer como aprenderam? E achas que é importante... No fundo é um retreino... ou uma avaliação?**
- Uma avaliação...
- **E se houver alguma coisa que não esteja bem?**
- Voltamos a reforçar... chamamos a atenção.
- **Sentes que isso é importante ... fazer esse trabalho?**

- Sim, porque já vi situações em que realmente a pessoa esquecia-se da desinfecção das mãos, do momento da desinfecção das mãos e isso é ... reforçarmos. Porque não estou lá em casa para ver, não é? Mas vi naquela altura, naquele momento que ela teve aquele erro e reforcei a necessidade e chamei a atenção e isso...
- **E durante o ensino, como fazem o ensino, que estratégias é que usam? Quer dizer... começam por ser vocês a demonstrar ao doente como é que se faz, ou é logo o doente que faz, usam um manequim ou cateter de treino... usam logo o cateter do doente...?**
- Habitualmente começamos por mostrar o material que vai ser necessário utilizar e falamos também do ambiente em casa, mais ou menos o que é que é necessário e depois usamos uma “barriga”, temos um avental, usamos esse no início. E fazemos para a pessoa ver. Já da segunda vez, o doente também já vai mexendo, já vai abrindo os sacos, já vai mexendo no cateter... já vai mas ainda na barriga (falsa) não é no seu cateter. O seu cateter... já quando já está o ensino mais consolidado, já tem destreza manual também ali para ligar e desligar e aí a gente começa a usar o seu cateter. Quando começamos a usar o cateter ...no início com pouco só para ver... às vezes só tipo uma passagem, por ali 500 ou 1000 só para ficar ali e passado um bocadinho tirar para fazer o processo. Quando é máquina tentamos fazer um tratamento mais curto só para verem como é a dinâmica. Depois quando é mesmo para iniciar aí a pessoa vem, quando é manual, a pessoa vai lá faz a primeira troca, depois passado aquele tempo volta faz a segunda e depois vai já para casa fazer as trocas se tudo tiver bem. Habitualmente o que dizemos depois é no dia a seguir para recorrerem à unidade e se forem mais afastados para ligar. Como é que correu, quanto é que ultrafiltrou como é que está o peso.
- **E se for na máquina?**
- Tentamos ser um dia que tenha os dois turnos que a unidade está aberta até às 19, de maneira que inicie o tratamento logo de manhã e que faça o tratamento completo na unidade. Se não correu bem poderá excecionalmente voltar no dia a seguir e voltar a fazer lá, mas isso é muito excecionalmente.
- **E nos dias que antecedem esse último dia de ensino...?**

- Fazem aqueles tratamentos mais curtos.
- **Mas como no manual inicialmente com a barriga falsa e depois usam o cateter deles?**
- Quando é a máquina costumam usar o cateter.
- **Porque já têm experiência do manual?**
- Do manual... exato.
- **Só passam doentes para a máquina...**
- Depois do manual. Já houve aí para traz, no passado, também de acordo com o médico nefrologista não se fazia praticamente manual nenhuma, começavam logo na máquina, passado um mês...máquina, era certinho. Nós fazíamos o ensino da manual para o caso de uma necessidade, ainda para mais com as distâncias, assim no fim-de-semana ou numa situação mais complicada para fazerem. Mas senão era tudo automática. E aí também como já tinha passado um mês começava-se também no cateter dele, do doente, mas com o problema da conexão/desconexão a gente tinha aqueles cuidados redobrados porque era o cateter dele. A barriga na automática não usamos.
- **E...**
- Já usaram. Eu pessoalmente nunca usei. Mas lá na unidade já usaram porque era uma cuidadora para não vir a utente. O que eu achei... achei um insucesso total. Porque para a cuidadora... foi a barriga... aquilo foi muito complicado. Quando me deparei com a situação eu também fiquei perdida a olhar, não estou a perceber nada disto que estão a fazer aqui, e disse mesmo “colega acho que é melhor eu hoje não fazer nada com a senhora”, porque a colega não veio, e disse à minha chefe “olha não faço nada porque eu realmente também não estou a perceber onde é que vai o ensino dela, onde é que está, em que ponto está e o que é que ela faz com a barriga”, e depois tinha lá também com os jarros da urina das 24 horas, foi as estratégias que usaram, e disse acho que é melhor continuar a mesma colega, só que nunca resultou. Chegámos a ponderar, só que a colega nunca quis, se não era melhor vir a senhora também e tentarem fazer já com a senhora para tentarem ver bem aquela dinâmica...
- **Pareceu-te nesse caso que a utilização de uma barriga falsa confundiu a pessoa que estava a aprender em vez de facilitar?**

- Confundi, confundi...
- **E confundiu porquê? Porque se fez só dessa maneira ou porque...**
- Pois a gente não teve depois essa outra oportunidade, porque chegámos a dizer, o resto da equipa, se calhar se a doente viesse....
- **E chegaram a fazer isso?**
- Não. A colega que estava responsável pelo ensino achou sempre que a senhora não estava em condições de ficar com essa responsabilidade, embora esteve a fazer manual à doente muito bem e estava a correr muito bem, era para a vida da própria cuidadora para ter outra mobilidade, era mais para facilitar.
- **E ficou sempre em manual?**
- Ficou sempre em manual.
- **E a tua sensação era que se tivesse feito a coisa...**
- Na senhora! Exatamente, mesmo com a própria doente acho que ela teria tido outra noção.
- **Já agora o que é que tu achas sobre o ensino com a barriga falsa, tu achas que é melhor começar por aí e depois passar a usar o cateter do doente, achar que é melhor fazer só de forma simulada e não o usar cateter do doente, achas que é melhor começar pelo cateter do doente....**
- É assim, acho importante aquela primeira fase tu quando conheces o material e mexer no material para também estares mais à vontade, imagina quando treinas a conexão e a desconexão para aí nessa fase tu estares mais à vontade... porque aquilo não tem cateter, e então acabas por... embora sabes claro que tens de ter os cuidados, mas é diferente, acho que é importante pelo menos repetir e tocar naquilo e depois então fazer então no seu. Só ensino simulado eu não concordo, levamos mais tempo... porque eles também não conseguem. Só quando começam a sentir, põe líquido e tira líquido, é que começam a perceber aquela dinâmica também, porque a gente diz infunde, permanência, drena e isso tudo que para nós é mais simples, não é para eles, só quando veem mesmo é que percebem que infundi, que está ali aquele tempo e depois vão drenar. Acho que só depois de estar ...ser com eles próprios, enquanto que é com a barriga eles não têm essa noção.

- **O vosso ensino lá decorre... o espaço em que é feito... como é que é... têm uma sala própria para isso?**
- Habitualmente fazemos na sala de diálise peritoneal.
- **E como é a sala?**
- O problema daquela sala... não tem fechadura, não se consegue fechar... a pessoa bate à porta, mas já está a entrar... a gente por exemplo se está numa conexão temos que... e o ensino é muito interrompido.
- **E achas que isso....**
- É péssimo, é péssimo, é péssimo.
- **Porquê?**
- Porque estão... interrompe-se o raciocínio, interrompe-se o procedimento, o utente acaba por ser sujeito aquelas distrações... e corta. Chega a um ponto em que se for preciso, o telefone está a tocar e a gente não atende, o doente diz “olhe o telefone está a tocar, tem que ir atender”, “deixe estar deixe estar”. Ele distrai-se logo.
- **A partir do momento em que o telefone toca está focado naquilo.**
- Exatamente, está focado no telefone. Vem alguém bater à porta e ficam a olhar para a porta, eles distraem-se muito facilmente. Uma estratégia... se calhar, por alguma coisa “Em Ensino” ou assim, não sei, se calhar vai resultar, pelo menos vão parar. Mas a gente acaba por ser interrompidos, N vezes, vem a assistente operacional, vem a secretária, vem o médico, quer um processo, muitas distrações...
- **Têm um protocolo sobre a forma como decorre o ensino? Não está propriamente definido ou está? Ou vão fazendo mais ou menos...**
- É assim, fizemos um plano de ensino... está inacabado, mas iniciámos, era para uniformizar mesmo isso, era para toda a gente ter aquelas noções o que é que... agora não é posto em prática, a gente tem um plano, algumas colegas, habitualmente vamos ver mais ou menos quando sabemos que vamos ter um ensino, quem está responsável pelo ensino vê o plano e depois, mas não é seguido assim à risca.
- **Porquê... porque achas que é desadequado?**
- Porque exato, porque se calhar tem que ser feito, está feito por semanas, por dias, e acho que não é adequado, se calhar de outra maneira... por objetivos. Lavar as mãos, já está? Vamos passar à frente, não por dias...

agora tens dois dias para fazer isto, tens três dias para fazer isto, de acordo com o doente que nós temos.

- **Mas achas que seria importante para o sucesso do programa de ensino haver...**
- Acho que sim para uma uniformização, e mesmo, é mais fácil, para quem faz o ensino ter aquele plano, porque nós acabamos por fazê-lo, se calhar cada um faz à sua maneira, se fosse o mesmo todos seguiam aquilo. Já houve situações em que passado o quê uma semana da pessoa estar em casa, demos conta de ou não ficou bem consolidado aquele passo ou saltaram aquele passo e acaba por haver mais falhas, mais problemas, mas o plano de ensino acho que era importante.
- **Falaste em situações em que o ensino era feito ao cuidador, nas restantes situações achas que é importante a presença de outra pessoa ao longo do ensino, ou seja, num doente autónomo e que vem aprender o tratamento achas que incluir alguém pode ajudar... pode perturbar?**
- Olha eu acho que habitualmente se a pessoa é autónoma vem perturbar. Porque acaba por haver distrações e aquela pessoa que está ali acaba por ser uma distração, porque interrompe... estamos a explicar uma coisa ao utente e ela lembra-se e faz a pergunta naquele momento, interrompe lá o nosso raciocínio. Às vezes imagina a pessoa fica mais ansiosa.... “faz isso bem feito, tu sabes e agora como é que estás a fazer”. Já chegámos a fazer ensinos com outra pessoa lá, mas também já cheguei a por a outra pessoa na sala de espera..., mas depois até percebem. Mas é mais habitual nas mulheres quando é os maridos a fazerem o ensino e as senhoras intervêm, “mas ontem sabias fazer isso como é que agora não sabes”, (risos) “ontem fizeste bem e hoje não fazes”, quando começam assim é uma distração e já cheguei a pedir “se calhar é melhor ficar lá fora, na sala de espera, também tem outras pessoas, vai conversando”, porque ali também é aborrecido... e acaba por ser mais sossegado e é diferente.
- **Quando há uma sessão de ensino quanto tempo é que demora, o doente quando vai fazer o ensino do manual passa lá o dia, está lá umas horas, ou está lá só meia hora... como é que fazem?**

- Aquilo é consoante, também. Imagina se é lá da ilha fica... ou mesmo que seja do *local* X consoante como é que aquilo vai, mas fazemos uma troca, depois a pessoa também vai tomar um café, lá fora, um bocadinho, também vamos fazer outra coisa e assim, depois voltamos a chamar... o dia todo só se for alguém de outra ilha em que têm de fazer aquele ensino, aproveitar o tempo e tem que ser rápido, mas mesmo assim há uns intervalos para a pessoa ir lá fora arejar. Se não, é só um bocadinho de manhã, faz a troca, depois vai tomar café, depois vem outra vez, voltamos a fazer, se for preciso fazemos ainda uma terceira, com uns intervalos.
- **E se for na máquina?**
- Na máquina, enquanto é simulado aí também é um bocadinho essa estratégia..., quando deixa de ser simulado, quando é aqueles tratamentos mais curtos aí fica lá, mas fica a descansar e dizemos mesmo para não pensar um bocadinho naquilo, acendemos a televisão e a pessoa fica lá...
- **Quando fazem ensino... que recursos... usam PowerPoint, folhetos, quadros, imagens...?**
- Usamos... habitualmente... não temos folhetos. De acordo com o utente, no nosso plano de ensino também tem lá o procedimento, e nós simplificamos aquilo com o material que é necessário para uma troca e depois o procedimento base. Só para ter assim um memorando caso seja necessário. Eles levam para casa para ter lá, normalmente pomos dentro de uma mica, algum dia que seja necessário eles vão buscar.
- **E isso tem informação sobre o material?**
- Tem o material que é necessário e o procedimento em si. Depois utilizamos o material, mostrar mesmo o material e algum livro daqueles mesmo assim, mas se for necessário, raramente utilizamos.
- **E esse documento escrito que tem essa informação, dão no início do ensino, dão no meio, dão no fim?**
- É assim no início não damos logo, quando começamos a mexer mais e ele começa a mexer, aí damos também para ele olhar em casa, para verem o que é que fizeram, o que é que não fizeram, para começarem a ver, a identificar aquelas diversas fases. Mas... no início, início não. É só passado depois de eles conhecerem o material, habitualmente. E até há

colegas que não dão. Eu costumo dar naquela a pessoa se... imagina um dia houve ali uma falha de memória tem ali um recurso.

- **E achas que é importante?**

- Acho que elas já verbalizaram “não me lembrava de uma coisa, fui ali ao papelinho e já me recordei” ...

- **Fazem ensino em grupo?**

- Não. A nossa realidade também é diferente... nunca temos muitos doentes em ensino. Mas acho que quando é individualizado... é diferente. E mesmo depois quem faz o ensino, aquele doente fica mais ligado. É capaz de ligar para a unidade e outra colega atender e “não, não é consigo” e chamar a enfermeira que fez o ensino para dizer uma coisa que podia ter dito à colega, só que não disse porque tem aquela relação, aquela afinidade com aquela enfermeira.

- **Então achas que o ensino é uma experiência que acaba por marcar muito o doente para o futuro do tratamento?**

Acaba, acaba. Por isso é que quando passa pelas mãos de várias pessoas, aquilo nunca é um sucesso completo.

- **Em que aspeto?**

- Mesmo o tratamento, depois em casa... aquilo até engrenar leva muito tempo. Cada um tem a sua maneira de dizer e depois a pessoa também fica confusa, o ensino leva mais tempo, a pessoa fica mais cansada e depois em casa, até compreenderem aquilo tudo e fazerem o tratamento como deve de ser leva muito, é diferente quando é o ensino só com um enfermeiro.

- **Vão a casa dos doentes?**

- Não... já pensámos nisso, em fazer um projeto de visita domiciliária... a equipa é pequena, há elementos que consideram que é importante, há outros elementos que têm algum peso e que não consideram importante, porque há outras coisas que é necessário primeiro para depois passar a isso. Eu não concordo, eu acho que a visita é importante, pois nós não sabemos. A gente diz na unidade como é que deve ter...armazenar o material, como é que deve assim, os cuidados que deve ter, mas a gente não sabe na realidade, não conseguimos visualizar, imagina se tem o material arrumado numa garagem cheia de humidade, nós não sabemos

nada disso. Embora no ensino dizemos, que não pode ser num local húmido, mas na realidade a gente não conhece, onde fazem as trocas, como é que fazem, depois também tem a questão do *local* X, depois começaram “depois vamos fazer as visitas temos que ir de barco, no Inverno não quero fazer” e nunca foi feito. O que é que acontece, como aquilo é pequenino eu já cheguei a ir a casa deles, por eles ligarem e estarem aflitos e eu ir lá ver o que se passava, mas isso a título particular.

- **E quando lá foste sentiste que conseguiste resolver o problema?**
- Sim e tive a noção... olha...o que eu acabei de dizer... tive mesmo a noção, porque não fazia ideia como é que era lá em casa. Tive mesmo essa noção.
- **Se pudesses alterar e fazer o ensino todo à tua maneira o que é que mudavas no sentido de tornar o ensino melhor, com melhores resultados?**
- Olha... ia tentar estruturar, fazer mesmo um plano de ensino, e depois a nível do ensino, ensino... até mantinha a mesma estratégia...
- **Quando dizes a mesma estratégia referes-te a...?**
- Começar por mostrar o material, depois fazer uma simulação na barriga e depois passar para ele. E depois era a questão da visita, integrava também no ensino a questão da visita para dar continuidade ao que foi feito na unidade e para ver também as condições. E ficava uma pessoa responsável, além das interrupções, das distrações... tentava introduzir na unidade aquela... porque também... claro as pessoas quando fazem... algumas têm conhecimento que não deviam estar ali, mas há outros que não... e tentava fazer com que elas percebessem a importância do ensino para não interromperem, para terem mais respeito, acaba por ser, porque pensam, no ensino pode-se entrar e sair porque eles “só estão a ensinar”, não sei se já te aconteceu, “eles só estão a ensinar”, podem ser interrompidos, não há problema, mas enquanto que o ensino podia durar talvez três dias ou quatro dias, se fosse feito com mais calma, e a pessoa estivesse ali serena e tudo, quando...às vezes acontece leva mais três ou quatro dias porque estão sempre a interromper, se eu estou a dizer como é que se conecta e estão sempre a interromper, claro que até a pessoa perceber vai levar mais tempo. Acho isso, acho que era importante terem

um bocadinho mais de respeito pelo ensino... de estar ali com calma, para estar ali naquele momento, naquele sítio a fazer aquilo e não a pensar “olha aquela colega há bocadinho disse para ires lá fora e tu ainda não foste”, “olha ela veio-te chamar e tu ainda não foste” por exemplo também já aconteceu, aquilo ficou na cabeça da pessoa e para voltar outra vez a sossegar e a voltar ali àquela situação leva o seu tempo.

- **Mais alguma coisa que queiras dizer sobre os ensinos?**
- Ah! Às vezes nos ensinos dos cuidadores, quando é para as instituições, tipo os lares, vêm em grupo, vem uma data de gente aprender. E também não é muito bom. O que é que acontece, quando é assim em grupo, fazemos por fases, tipo vêm dois cá dentro ou um, ou assim. Quando vêm assim em grupo não dá, ficam as noções gerais e depois tem de se ir um a um.

- **Queria-te perguntar lá no internamento como é que vocês fazem o ensino... as crianças estão sempre internadas... para fazer o ensino... como é que vocês fazem?**
- Geralmente as crianças ... ou são situações agudas e geralmente já estão internadas e estão até nos cuidados intensivos quando são bebés, iniciam tratamento numa situação aguda, quando iniciamos o ensino à mãe já é integrado nesse internamento, quando não já, utilizamos o tratamento final... já não fazemos uma experimentação só... tipo... fazes várias trocas para ensinar... não.
- **O ensino começa já o doente já está em tratamento?**
- Já é integrado... isso mesmo... acaba por ser um ensino já com tratamento.
- **E achas que isso favorece o ensino?**
- É assim, tem desvantagens, porque os pais podem ter de ficar internados mais dias. Mas tem uma vantagem que eu acho importante que é quando a criança tem alta já está com um tratamento adequado, a prescrição já está adequada e é um tratamento ideal para a criança. Já foi feita a fase de experimentação no fundo em que são 3 ou 4 trocas, se é com uma permanência maior ou menor, e eles quando têm alta já não há aquela adaptação como no doente adulto, em que ao fim de 2 ou 3 dias estão com edemas...
- **E para a aprendizagem dos pais é melhor ser assim, ou faria sentido começar o ensino ainda antes da criança estar em tratamento?**
- É assim tem uma desvantagem grande que é o facto de não ser sempre a mesma enfermeira. Tu se estás internado, fazes uma troca de manhã, uma troca à tarde e uma troca à noite ... é impossível ser a mesma enfermeira.
- **E tu achas que é melhor ser sempre a mesma enfermeira?**
- Eu sou de acordo que deve ser sempre o mesmo enfermeiro. Porque é uma das dificuldades que os pais nos apontam é que cada uma de nós, mesmo nós seguindo um protocolo ou tendo as nossas intervenções estipuladas, cada uma de nós vai ter um método diferente, vai ter sempre

um pormenor que vai alterar e de manhã é uma coisa, à tarde é outra e parecendo que não isso dificulta a aprendizagem dos pais. Por outro lado, é bom que eles sentem-se apoiados, a todo o momento estão presentes, nós estamos a acompanhar a todo o momento, tudo o que possa surgir como perguntas... porque não drenou, porque tem fibrina... eles acabam por ter essa experiência quase toda no internamento. Acho que vão mais bem preparados nesse sentido, das experiências, mas é mais difícil a aprendizagem porque são várias pessoas a fazer o ensino.

- **E o ensino demora quanto tempo? É enquanto a criança está internada...?**
- Sim... quando está previsto que a criança vai ter alta breve, entretanto está estabilizada, também temos de ver sempre a parte da criança estar pronta para ir para casa. Nós já estamos mais ou menos a prever que vai e começamos o treino. Mesmo ainda não sendo um treino definitivo, a mãe já vai assistindo aquelas regras básicas: lavagem das mãos, a máscara, vamos falando da habitação, vamos falando do que pode ter em casa ou não. O treino ... depois a prática da técnica mesmo, só começamos quando definitivamente está a fazer o tratamento que será o que vai fazer no domicílio.
- **E o total do treino pode demorar o quê uma semana, pode demorar um mês?**
- Uma semana, pelo menos. Nunca muito mais, uma semana é média. Geralmente é uma média é uma semana de treino.
- **E vocês... como é que vocês ensinam? É no decorrer do tratamento, quer dizer fazem um ensino realista ou têm outro tipo de estratégias, mostram um vídeo?**
- Não, sempre realista, sempre realista. Nunca usamos o avental ou..., é sempre com a própria criança, fazemos nós.
- **Nunca fazem com o avental... mãos na massa logo...**
- Não, logo... mãos na massa mesmo. Portanto nós nunca usamos nem aventais, nem hipoteticamente “faça de conta que é isto e experimente”. Começamos nós, inicialmente somos nós que fazemos e depois começam as mães.
- **E achas que isso é bom para aprendizagem ... ser dessa maneira.**

- Sim, sim. Aliás quando elas começam mesmo ... a tentar ... a fazer e mexer... é muito mais fácil a aprendizagem. Notamos que elas próprias se concentram mais e começam a fazer, aliás, o próprio introduzir as mãos a fazer o tratamento facilita porque a mãe... é uma... também vais ter a colaboração melhor da criança... porque às vezes a criança reage um bocado mal ao tratamento, é um cateter. A mãe estar presente, o deixares a mãe fazer, ele pode ver que afinal aquilo não é assim tão assustador, nem tão agressivo, porque a mãe, é a própria mãe que está a fazer o treino, está a fazer o tratamento à criança. Começamos o penso, diariamente nos primeiros dias para elas aprenderem...
- **E dão, o doente... eles têm alguns folhetos, ou algumas coisas?**
- Temos folhetos, temos um folheto.
- **Vocês dão quando?**
- Quando é para ficar... porque às vezes as situações agudas podem reverter... quando é uma hipótese que vá reverter nem sequer entramos a fazer ensino nenhum. Quando é uma situação que vai ser crónica e vai começar logo, nessa fase nós fornecemos um folheto que não é o treino em si, mas é um folheto com aquelas dicas iniciais: o que é a diálise peritoneal...
- **Não é sobre a técnica...**
- Não sobre a técnica, são folhetos informativos do género: falarmos da lavagem das mãos, que é importante fazermos num quarto ou num compartimento onde feche a porta, feche a janela... o básico. Terá de precisar de um sítio onde possa por as caixas, portanto de um sítio adequado para armazenamento, uma coisa sobre o básico geral. Só quando começamos o treino é que apresentamos os folhetos mesmo da parte técnica.
- **E da parte técnica vocês dão esses folhetos logo quando começam, dão logo na primeira sessão ou mais à frente?**
- Não... mais à frente... para eles terem... porque é assim muitas vezes, embora a gente use uma linguagem adequada, é assim o folheto é feito para todos... na nossa linguagem do dia a dia eu geralmente tento usar uma linguagem que a pessoa me entenda, não uma linguagem muito rebuscada. O entregar logo o folheto e a pessoa ir ler sem começar a fazer

fica com muitas dúvidas. E depois são termos... alguns termos técnicos: o “conectar “... esses termos que vão baralhar ... eles ficam um bocado... e nem todos têm essa capacidade de ao ler já estão a perceber o que é que vão fazer. Portanto primeiro ver, vamos fazer algumas vezes e depois o folheto vai ficar na mão deles para eles lerem com calma e aí vão entender melhor os passos que estão a fazer.

- **Houve alguma coisa... no que respeita ao ensino... alguma coisa que fizessem e que tenham deixado de fazer... por exemplo fazia-se o ensino de uma maneira e passou a ser de outra, sei lá, houve alguma mudança no plano de treino... que tivessem mudado porque não funcionasse bem, alguma coisa que...**
- Não houve assim... estava aqui a pensar... pequenos pormenores, nada assim de muita mudança não, nada. Não tenho assim nada de especial, foi sempre muito o nosso treino porque lá está, é um treino durante o internamento, não é um treino de ambulatório. Embora a gente pense nesta fase mais... mudámos para umas instalações melhores em que temos um serviço realmente à parte com diálise peritoneal, já ponderámos fazer com alguns miúdos, com aqueles miúdos mais crescidos, em que as mães têm facilidade e que não são situações agudas, pronto são aqueles miúdos que estão em consulta e vai-se agravando a função, está-se a planear meter um cateter, fazer realmente um treino em ambulatório, já se ponderou, mas ainda não iniciámos isso. De resto não mudou muito o nosso treino, em termos de prática, de um pormenor ou outro, pronto, se realmente se pendura mais o saco, ou se abre o saco e conecta, no penso usávamos *betadine* a agora usamos o soro, mas no geral não se mudou nada...
- **Olha e o que é que tu achas do sítio onde se faz o ensino, quer dizer achas que deve ser feito no hospital, ou de preferência em casa ou nos dois sítios?**
- É assim eu sou apologista de em casa, embora na pediatria é assim uma área muito específica, não é? Porque são doentes que quando iniciam, por exemplo, nós não temos crianças com cateteres enterrados, como eles chamam. É assim, quando se decide que um miúdo vai iniciar diálise é para iniciar, não se põe um cateter só por pôr a uma criança, ou seja já

é um menino que vai ser internado, nós não temos... é difícil fazer um ensino em casa. Num adulto eu sou apologista que em casa era o melhor.

- **O ensino todo em casa?**

- Todo em casa. Para mim... tive alguns ensinamentos feitos em casa, no início, quando as enfermeiras não podiam geralmente não era o manual, era a cicladora... e a experiência que tenho, em termos de aprendizagem foi super rápido, o doente sente-se mais à vontade, é o ambiente dele, já vai adaptar as coisas ao espaço que tem, não é tu ensinas no hospital, tens uma mesa, tens um lavatório, tens papel das mãos, tens desinfetante e depois chegas a casa e parece que já não sabes gerir nada daquele espaço. E a experiência que eu tive... num dia ou dois tínhamos doentes a fazer o treino de cicladora e ficavam já ligados à noite... a gente punha o doente perfeitamente apto, o que no fundo é praticamente impossível a nível hospitalar, não estou a falar mal dos ensinamentos, mas muito dos ensinamentos é a técnica, depois tudo o que é de resolver situações de alarmes e de problemas acaba por ser um bocadinho o apoio da enfermeira da visita que dá essa ajuda. Tenho doentes (*na função de enfermeiro de apoio para a empresa*) que quase só vêm com o treino de montar a cicladora, mais nada. Eu sou apologista e acho que tem proveito, mas para a pediatria é um bocado complicado, porque as situações agudas ou acabam por ter que estar internados, os doentes que ainda de alguma forma mantêm função renal e vão começar, as mães também sentem alguma insegurança, por exemplo há essa parte da pediatria que nós temos, são os pais que fazem, não é o doente que faz a si. A responsabilidade que elas sentem é muito maior porque estão a fazer a um filho, é sempre a preocupação delas é se tocam em alguma coisa, é complicado gerir porque elas têm muito receio e tudo, não é elas que estão a fazer, estão a fazer a um filho, a culpa é delas se acontecer algum problema. E sentem-se muito culpadas se uma criança apanhar uma peritonite, quando vêm com uma peritonite elas vêm muito deprimidas porque a culpa foi delas, de mais ninguém, eram elas que faziam a preparação do material, que faziam a técnica e elas lá assim sentem-se mais apoiadas, tem sempre uma enfermeira no início do treino que lhes faz...

- **E tu achas que essa responsabilidade que os pais sentem, de ser um filho, no contexto do ensino, quando tu estás a ensinar, esse alerta que os pais têm, achas que isso favorece ou prejudica o ensino?**
- Favorece! Porque é assim eles têm que fazer o melhor. Favorece em termos de tempo de aprendizagem, porque elas querem muito ir embora o mais rápido possível, porque estão internados, não é? E porque querem fazer tudo muito bem porque é um filho e o problema é que se o filho apanha uma peritonite é ele que sofre. Favorece imenso o treino e o ensino o facto de serem as mães ou os pais. Uma coisa que tu há bocado falaste na mudança. Uma coisa sim que nós mudámos ... inicialmente a gente não pensava muito no facto que é um familiar que está a fazer a uma criança, mas a qualquer momento esse familiar, como qualquer pessoa pode ter uma intercorrência e não poder. E há uns tempos para trás tivemos uma experiência de que, geralmente são as mães porque os pais têm sempre muito receio de ver, de fazer... e tivemos uma experiência em que a criança teve de ser internada porque quem sabia fazer era mãe, foi internada porque teve um segundo filho e não tinha quem fizesse tratamento ao menino e ele veio de Bragança e ficou internado no *local X* porque não tinha quem...
- **É importante haver mais do que uma pessoa...**
- Isso mesmo. A gente aí tomou consciência como era importante... é importante que não haja muitas a fazer, porque quantas mais pessoas, mais os cuidados vão ser. Mas, a gente viu que realmente é bom que seja sempre a mesma pessoa, mas que haja uma segunda que saiba fazer e que possa dar apoio sempre. Se não for o pai, uma irmã mais velha, uma avó, alguém que seja capaz de fazer, até porque às vezes os pais são jovens e estão a trabalhar. Tenho crianças, por exemplo a fazer 11 horas cicladora e uma ou duas trocas manual..., portanto é impensável uma mãe ficar... não faz mais nada... e depois são miúdos com alimentação por sondas, com tudo associado, portanto as mães têm que ter sempre alguém que ajude.
- **Então vocês faziam ensino a um cuidador e passaram a fazer a mais do que um. Na sessão de ensino, quando tu estás a explicar, seja ao**

pai ou à mãe, o serem 2 pessoas naquele momento a aprender, suponho que fazem o ensino aos 2 ao mesmo tempo...

- Geralmente o cuidador que está presente, geralmente um deles trabalha... o treino é iniciado à pessoa que vai ser o cuidador principal e só aos fins-de-semana ou à noite é que o outro aparece. Portanto tu nem podes gerir muito... conseguir fazer aos 2 ao mesmo tempo é muito difícil...
- **Então, mas diz-me uma coisa, haver duas pessoas que estão a aprender... eu percebi que para a criança é importante os dois saberem, mas no que respeita à aprendizagem, estarem duas pessoas presentes...**
- É mais complicado...
- **É mais complicado... porquê?**
- Geralmente é assim... um casal... e como tu sabes... vai tentar corrigir quem já está a fazer, ou já viu, vai corrigir o outro, vai atrapalhar... a gente já tem acontecido isso, termos posto a pessoa lá fora. Assim “o senhor vai agora aguardar ali... que eu estou a explicar”, ou à esposa... “eu estou a explicar”. Já não tirando o facto de a própria criança também já estar a fazer críticas... eles são... de estarem a chamar “ó mãe não é assim, és uma burra, também não aprendes nada”, quer dizer já é a criança que dificulta a mãe estar calma a aprender. É o pai ou a mãe que estão a ouvir a crítica do outro parceiro, e dificulta, é verdade. Nós não temos muito essa experiência dos dois ao mesmo tempo porque é como te explico, mas quase sempre o pai ou vem à noite porque está a trabalhar ou vem ao fim-de-semana. Ou nós fazemos o treino, acaba por ser um treino... uma troca de manhã, outra à tarde, outra à noite, não é várias trocas para a pessoa aprender, não temos um tempo limitado, ou o pai ou vem à noite, ou vem ao fim de semana e assiste a uma troca. Não temos assim muito tempo os dois juntos, mas geralmente um, vai ser o que vai aprender... será o cuidador principal, o outro vamos pedir à mãe que combine com o pai, conforme o horário, que esteja presente numa das trocas para poder também ter uma noção, pode até nem chegar a fazer, mas geralmente também o pomos a fazer, mas acaba por ser um treino não tão assertivo, mas é uma pessoa de retaguarda para uma falha. A mãe vai preparar

também o pai em casa, vai complementar esse treino. A pediatria... às vezes são volumes... o próprio ensino da troca em si exige...são infusões muito pequenas... às vezes 200. Temos de estar atentos à balança. Depois temos de tudo como nos adultos, pessoas que têm muita dificuldade.... a gente faz por desconto na balança, vai infundindo 200 e fica o restante. Há pessoas que têm uma dificuldade incrível em descontando na balança quanto é que têm de deixar para fazer a infusão.

- **E quando isso acontece essas dificuldades como é que vocês ultrapassam isso?**
- A gente arranja sempre estratégias. Por exemplo fazendo o *priming*, ao fazer o *priming*, deixamos um valor, fazemos com que a pessoa deixe um valor mais redondo. Tipo o saco pesa 2200, vai fazer um *priming* até que fique os 2 L. E vai ter de deixar entrar até ficar 1700...
- **Simplificam...**
- Simplificamos, arranjamos estratégias de forma a que as pessoas não tenham tanta dificuldade de ficar lá 2150 ou 145 ora e agora tiro 700... são pessoas que não sabem fazer assim, não conseguem...
- **Então por aquilo que eu percebo...**
- Adequamos...
- **Exatamente, tu não fazes aquilo igual para toda a gente, tens que adaptar o mais possível...**
- Adapto. Logo na primeira fase também eu vou ver... a dificuldade inclusive em pegar a tampinha... há pessoas que vão com a tampinha na mão, desconectam e já põem. Quando vejo que é uma pessoa com dificuldade utilizo outra forma. Abro a tampinha, larga a linha e depois é que vou com a tampinha. Vou adequando o meu ensino às dificuldades que eu vejo. Isso da balança é uma das grandes dificuldades, às vezes é gerir os pesos e fazer as contas do que ultrafiltrou ou não ultrafiltrou, as pessoas não sabem por isso em papel. Eu digo “não se preocupe, você põe sempre aquilo que sai e a gente sabe o que entra e depois quando vier aqui à consulta (porque eles vêm regularmente, mais frequentemente do que um adulto) dá-nos a folhinha e nós fazemos as contas e vemos se está a tirar ou não”. Temos que adequar muitas vezes à mãe ou ao pai que estão à nossa frente a ser ensinados.... Mas tudo é feito um bocado, embora a

gente tenha os nossos procedimentos, mas é adequando sempre à pessoa que está à minha frente. Assim como a linguagem, há que usar ... “desconectar,” outros termos que para eles... “Physioneal”, “Physioneal” é muito complicado, então usamos as cores, pronto, “ponha aí um A Amarelo”... “Roxo”, pronto facilitamos conforme também o doente que está à nossa frente. Pronto... se é um miúdo com alguma formação... até ficam ofendidos, até já me aconteceu se tu usas uma linguagem muito, muito básica. E eu começo a usar uma linguagem mais... se me fazem umas perguntas mais elaboradas, a gente tem de usar uma linguagem um bocadinho mais cuidada... tento sempre não complicar muito. Como tu imaginas nas minhas experiências noutros hospitais (*como enfermeira de apoio da empresa em que visita utentes de várias unidades*), cada hospital tem a sua técnica. Eu admito que a minha é um bocadinho uma recolha que eu fui fazendo de toda a gente. Porque achei que era importante, o que podia aproveitar eu aproveito e uso no meu treino com a minha técnica, em que fui colher aquele porque ligava primeiro em que eu achei que era o correto, por exemplo o *Hospital X* faz logo o *priming* e depois põe a drenar. Tem alguma lógica, pois assim depois já não vão abrir e fechar o cateter. Partem o pino, *priming*, abrem o cateter, drena, acabou a drenagem, pinça e infunde, portanto já não vão fechar outra vez, para fazer o *priming*, para depois tornar a abrir... menos manipulações do...

- **Estou a perceber, simplificaram ainda mais o procedimento.**
- Eu depois vou aproveitando, claro que na pediatria não fazemos isso do *priming* primeiro, tem que ser sempre depois, mas algumas coisas que eu fui aprendendo e que ia recolhendo. Claro que eu falo às colegas, tento sempre, é um pormenor que nós temos essa preocupação é... hoje fui eu que fiz a troca de manhã, a colega que vem de tarde eu digo assim “olha eu fiz assim, para tu manteres igual”.
- **Tentam minimizar...**
- Isso. Digo sempre como é que eu fiz. Para ela tentar seguir exatamente a mesma forma, para não confundir a mãe. Porque é sempre, é logo “ai enfermeira, veio a sua colega fez tudo tão diferente que eu baralhei-me toda, mandou-me lavar primeiro as mãos”, ou umas porque penduram o saco e depois é que fazem a conexão, ou outras porque primeiro fazem a

conexão mal abrem o saco e depois é que penduram. E elas ficam muito baralhadas e então eu se fizer, se for eu que começo, assim como quando é outra colega que começa também lhe pergunto “diz-me como fizeste”, “então deixas os 2 litros na balança, é?”, que é para eu não deixar um valor qualquer e depois baralhar a senhora.... tentarmos manter o mesmo, o mesmo método. Depois é muito fácil dizer assim “os procedimentos, toda a gente devia fazer igual”. É verdade, mas mesmo com os procedimentos vai haver sempre um pormenor teu, especial que tu vais aplicar no teu ensino, e que as pessoas reparam e, parecendo que não, para eles isso é uma dificuldade enorme. Para nós não, que estamos habituados, mas para eles é uma grande dificuldade. Aprendem facilmente? Aprendem, a minha experiência com a pediatria é que as mães aprendem muito facilmente... muito rapidamente....

- **Isso é interessante, aquilo que me dizes, a necessidade de aprender e de aprender bem facilita o ensino...**
- E quando falam no ensino... na DP assistida... sendo assistida, eu julgo que o cuidador tem muito maior preocupação em aprender e o fazerem a técnica corretamente, porque a culpa já não é do doente se for ele... eles aprendem com muito mais atenção, são muito mais cuidadosos é isso que eu vejo...
- **Vocês lá no ensino... fazem testes aos doentes?**
- Sim... não em papel, mas normalmente eu faço, por norma.
- **Mas têm um guião?**
- Tenho um papel meu... não mostro ao doente, mas tenho um papel que me oriento, para as colegas também saberem. Como eu te disse hoje és tu amanhã é outra, eu não sei o que é que a outra já falou.
- **E esse papel é só teu ou é do serviço?**
- É do serviço.
- **E achas que isso é importante?**
- É, é... porque é assim depois vai haver coisas que se calhar tu vais-te repetir e outras que era importante se calhar não foram faladas. Assim eu sei que o doente lhe falámos do local, da lavagem das mãos, onde deve guardar o material, como é que o quarto deve ser gerido... a casa de banho...

- **E o que é que tu achas do retreino?**
- Sou... acho que se devia fazer... sou completamente a favor.
- **E fazer como?**
- Provavelmente na pediatria teria de ser uma consulta em que a criança vem ao hospital, ou então pedir realmente... que é um bocado a nossa função do enfermeiro da visita domiciliária, para mim seria o ideal, é no domicílio. Porque eu por um doente a fazer no hospital até sei que ele vai-se esmerar... tem lá tudo... eu gosto é de ver no local.
- **Então o retreino passa por ver como é que o doente faz, como é que está a fazer...?**
- E até ir-lhe fazendo perguntas... “ai sim e agora se acontecesse isso o que é que faria? Então vamos pensar o seu bebé dava aí um pontapé no cateter com a pernita e caía-lhe o cateter na cama, o que é que você fazia?” E às vezes eles de repente... “nunca ninguém me falou nisso”... “espere aí, vamos lá pensar, o que é que lhe ensinaram no treino? Não pode tocar nas conexões de maneira nenhuma, então cai-lhe o cateter desprotegido na cama, é um toque, não foi com as mãos, pense, não vai fazer a troca, o mais que pode é proteger, mas vai-nos comunicar logo porque trocamos o prolongador”. Às vezes tu falas em não tocar nas pontas, mas depois falas assim em situações hipotéticas e tu fazes assim uma pergunta concreta e “ai nunca ninguém me ensinou isso, não sei”. Porque é assim, as pessoas fixam-se muito naquilo que tu ensinas, mas depois na altura não raciocinou, “mas pense lá caiu na cama sem a tampinha, o que é que nós ensinámos, que não devemos tocar nas conexões, não deixar o bebé tocar...”
- **Mas nesse exemplo que tu estás a dar... perguntas uma coisa, a pessoa não sabe, tu achas que é melhor em vez de dizeres ao doente, “então pense lá”, achas que é melhor ele tentar com o conhecimento que tem chegar...**
- Quando ele me responde assim “nunca ninguém me ensinou isso” ele já estava para ter alta, e eu disse “nunca lhe ensinou?”, mas é assim, quando a gente faz o ensino não temos propriamente que lhe por todas as situações que podem existir, “você tem que ter noção que a partir do momento em que está desprotegido o cateter e a mão do menino tocou

nele ou até na sua roupa, houve um toque na ponta do cateter, você tem logo... já não vai continuar com a troca, já não vai fazer seguir a troca”. E ele “pois tem razão, realmente nem tinha pensado”, mas ele nem raciocinou. Realmente é verdade... a gente tem noção que pessoas com mais formação também têm essa vertente, são as pessoas mais difíceis, pessoas com formação acadêmica são as pessoas mais difíceis de todas que tenho para treino, as mais complicadas e estas coisas que parecem básicas, e esse Sr. estava-me a dizer “não nunca ninguém me ensinou”, mas a gente disse sempre “nunca tocar”, nunca tocar envolve tudo, não tocar mesmo com nada e ele “pois tem razão, realmente... fechava e vinha cá mudar o prolongador no hospital”. Geralmente no treino vou fazendo esse tipo de perguntas, vou colocando situações hipotéticas, não é? “Você vai a tirar o cateter a tampa estava desenroscada e saiu...”

- **Fala-me um bocadinho sobre o processo de ensino, como é que funciona, quer dizer, demora quanto tempo, como é que se processa o ensino?**
- Quanto tempo é que demora... depende, depende de vários fatores, da capacidade cognitiva do doente, da disponibilidade dele e da nossa, porque às vezes a nossa também pode... há momentos confusos e de muito trabalho, depende de quê... sei lá...
- **Mas em média demora...?**
- Em média 2 a 3 semanas.
- **E começam pelo manual?**
- A maior parte dos nossos doentes começam pelo manual, exceto raras exceções.
- **E quando o doente faz o ensino vem cá todos os dias?**
- A ideia é vir todos os dias, exceto se não tiver disponibilidade, imagina que é um doente que está a fazer hemodiálise, mas a ideia é vir todos os dias.
- **E ele quando vem faz uma sessão de meia hora, passa cá o dia convosco?**
- Lá está depende da disponibilidade, normalmente fica cá no mínimo uma hora, tem que dar pelo menos para fazer uma troca, pode ter que ficar uma manhã ou uma tarde, normalmente o dia todo só ficam aqueles que precisam da diálise, ou seja, que estão numa fase muito avançada e a diálise peritoneal é indispensável, ou seja, mantêm um programa regular e nós aproveitamos o horário das trocas para fazer o ensino, normalmente nunca ficam o dia todo, ficam sei lá para aí 4, no máximo 3, 4 horas, no mínimo é o tempo de fazer uma troca.
- **Vocês têm a unidade a funcionar de manhã e de tarde?**
- Das 8 às 18. O apoio médico normalmente só de manhã. À tarde é para situações de urgência e para os doentes internados. Muitas vezes nós só temos disponibilidade para treinar de tarde. De manhã estamos 3, vamos estar 4 e à tarde só está uma.

- **Mas como é que fazem os ensinamentos... por exemplo no primeiro dia o que é que fazem ao doente?**
- Normalmente é uma abordagem informal, como é que se faz a troca, das condições que deve ter em casa, das condições de assepsia, é uma coisa muito levezinha, e explicamos a fazer uma troca. Normalmente o primeiro dia é o dia mais levezinho, e fazemos só uma, mas sem aprofundar nada, falamos é mais das condições em casa e daquilo que ele deve reunir, esta é a primeira abordagem que fazemos. No dia seguinte começamos a aprofundar e ajustamos à capacidade de cada um dos doentes. A ideia é começarmos... numa primeira fase eles perceberem como é que funciona a permuta e a assepsia que devem ter e depois começamos a aprofundar os vários... como é que as concentrações de glicose, as infeções, começamos a aprofundar cada um dos itens consoante a capacidade cognitiva dos doentes. Não me está a falhar nada, pois não? *(para a colega que assiste à entrevista)*. Aproveitar que tenho aqui uma muleta. Nós normalmente trabalhamos todas da mesma forma...
- **O ensino é feito sempre pela mesma enfermeira?**
- Há uma coisa que nós respeitamos: o ensino é sempre feito pela mesma enfermeira. Quais são as exceções... imagina que eu tenho folga e o doente tem de vir todos os dias...
- **E achas que é uma coisa que favorece?**
- É uma mais valia, favorece o treino, favorece-nos a nós e ao doente.
- **Têm um plano formal de ensino, um livro, um documento, planos de sessão?**
- Ainda não está em uso, mas vamos passar a usar, tipo uma *check list* que devemos seguir, para não nos esquecermos de pontos nenhuns, para termos a certeza, para ficar formalizado no processo, ainda não o fazemos, o que fazemos é sempre de uma forma informal...
- **A *check list* é...**
- É os itens que temos que abordar: assépsia, peritonites, os vários conteúdos em que nós gerimos, a forma como os abordamos, mas a *check list* é para termos a certeza que não nos esquecemos de nada

- **Quando tu dizes gerimos a forma como os abordamos, quer dizer que cada um de vós quando está a fazer o ensino tenta adaptar a maneira como passa a informação?**
- Sim e em que altura do ensino é que o devemos fazer, em que altura do ensino, se calhar numa pessoa podemos fazer na segunda, no segundo ou terceiro dia de treino, noutra só podemos fazer no décimo.
- **Que estratégias é que têm? Basicamente é a falar com o doente, têm por exemplo materiais?**
- Não, não temos materiais... é a falar com o doente... só, não utilizamos mais nenhuma forma.
- **E o que é que te parece? Achas que isso é bom?**
- Parece-me suficiente, parece-me bem, para já não sentimos falta...
- **Não têm folhetos?**
- Durante o treino não damos absolutamente nada, quando eles vão para casa, já sabem fazer e são autónomos, damos uma folhinha, o que é passo a passo a dizer como fazer a diálise, lavar as mãos, normalmente damos suporte de papel para levar para casa, durante o treino não damos absolutamente nada.
- **Porquê?**
- Achamos que é uma forma... acho que não devemos ter muletas durante o treino, ou seja, durante o treino eles têm que ter essa capacidade, memorizar aquilo que é importante, e saber executar, ou seja se tiver de alguma forma um suporte ou uma muleta podem nunca ser capazes e achamos que essa é a forma mais fácil de falhar ... eles têm que fazer por capacidades inatas e não porque está escrito no papel... nós durante o treino não damos absolutamente nada, é treino e é prática... nós damos essa muleta, mas já não vai fazer uso dela, é mais um suporte de papel só para ter esse suporte.
- **Seja no manual, seja na máquina?**
- Seja de que forma for é assim que nós fazemos.
- **E o treino na máquina ao nível de duração e de técnica é semelhante ao manual?**
- Normalmente é mais rápido... e porque é que é mais rápido... todos dos doentes que sabem fazer na automática, exceto raras exceções, já sabem

fazer manual, aliás normalmente para passar para a máquina normalmente já têm alguma prática, não passam automaticamente...

- **E o doente liga-se mesmo à máquina cá?**
- Liga-se, mas não se liga logo na primeira sessão, normalmente na primeira sessão nunca se liga... normalmente, exceto se precisar dessa diálise por alguma razão.
- **E o que é que fazem na primeira sessão?**
- Uma abordagem ligeira ao funcionamento da máquina. Montamos uma vez e explicamos como é que funciona, normalmente as primeiras vezes são muito ligeiras que é para não ficarem traumatizados.
- **Houve alguma coisa no passado em relação aos ensinamentos que tivessem deixado de fazer porque não corria bem, ou o doente não percebia dessa maneira...**
- Como é que eu te hei de explicar isto... acho que isso... fizemos ... fazemos de uma forma sem ter consciência. Vou ver se... vou tentar transmitir-te... a minha forma de ensino não é a mesma de há 5 ou 10 anos atrás. Não! Porquê? Porque consciente ou inconscientemente eu vou-me adaptando, vou ver os erros que cometi no passado e que de alguma forma dificultou o ensino... e a minha tendência qual é? É corrigir isso para de alguma forma eles assimilarem mais facilmente. Vou fazer uma comparação que não tem nada a ver. Eu faço a consulta de informação pré-diálise, ou seja, informo os doentes, normalmente são sessões de grupo, o que é que acontece, há alguns anos atrás os doentes recusavam fazer fístula porque achavam que se fizessem fístula era o início da diálise... os doentes chegavam à consulta de informação e achavam todos... não percebiam porque é que lá estavam, porque até urinavam, os rins até funcionavam bem, não tinham problemas nenhuns, o que é que eles estavam ali a fazer? Ou seja, ao longo dos anos os doentes foram-me passando esta informação, mal eles chegam ali... eu digo assim "já sei nenhum de vocês acredita que esteja doente". Percebes? A minha abordagem é diferente. Vocês chegam aqui e acham que estão bem, pois acham, porque a doença renal é uma doença silenciosa, não dá sintomas... percebes o que eu quero dizer? Não é uma coisa que se tenha consciência que errou, mas nós vamos mudando a

nossa forma de abordar consoante a nossa experiência, ou seja, consciência que houve alguma coisa que fazíamos e que mudámos radicalmente não. Normalmente nós vamos conversando entre nós e ajustando.

- **Então tem a ver coma linguagem, com a maneira como se dizem as coisas, com a informação que se dá?**
- Exatamente, exatamente...
- **Não é assim, quer dizer, não se mudou nada, estou a perceber, nada de muito visível...**
- Exatamente... não púnhamos... eu estou a dizer um disparate... punham-se os sacos todos em cima do aquecedor... imagina... e agora não se põe nenhum... não, não houve nada, nenhuma mudança radical que se tenha feito...
- **É subtil ...as mudanças...**
- É subtil vamos ajustando consoante a nossa experiência que é isso que faz a diferença... é a experiência
- **E tu fazes ensino há quantos anos?**
- Desde 2005, há 10 anos.
- **E notas em ti muita evolução a esse nível na maneira como...**
- Completamente diferente. Eu fiz o estágio no *estrangeiro*, quando eu vim para cá estava cá a *enf.^a X*, na altura tínhamos 20 doentes era preciso mais uma enfermeira, os doentes eram poucos... era possível, mas... tive oportunidade de ir para o *estrangeiro* que na altura tinham 100 doentes e fui, não foi muito tempo, foi um estágio de 2 semanas, mas confesso que fez a diferença, a forma como eu encarei a DP a partir daquele estágio foi completamente diferente... depois vim para aqui e fui ajustando. Houve uma altura que fiquei sozinha. O meu primeiro ensino claro que fiquei abandonada, mas tive que sobreviver, só era eu, na altura a *enf.^a X* estava ausente, só eu é que podia fazer aquilo, tive que sobreviver, e tentar ajudar o doente da melhor forma.
- **E o que é que tu achas sobre o local onde se faz o ensino?**
- É fundamental ser um local fechado, em que estejas tu e o doente, ou tu, o doente e o familiar eventualmente, calmo, sereno e sem interrupções. Esta sala não é a sala ideal, que estão sempre aqui a bater à porta, o sítio

ideal é mesmo um local à parte, nós temos ali uma salinha que neste momento está a ser utilizada, por uma enfermeira, que é um local que normalmente ninguém lá vai bater à porta, e este é sempre a primeira... porta... paragem a procurar as enfermeiras, por isso este não é o sítio ideal, às vezes é o sítio possível, numa situação de crise é o sítio possível, mas o sítio para fazer o treino tem de ser fundamental...

- **E o que é que achas... também fazes o apoio domiciliário... tens a experiência de ensinar aqui e de ir a casa do doente, o que é que me tens a dizer em relação a isso?**

- São experiências diferentes que se complementam. Já fiz treinos em casa, treinos aqui e treinos parciais... começar aqui e acabar em casa, fazer duas ou três sessões em casa. Também não é mau fazer em casa, eu não desgostei de fazer em casa.

- **Achas que é melhor fazer do que fazer aqui?**

- Se é melhor do que fazer aqui... é diferente, é diferente... eu prefiro uma forma mista de treino, nem o treino total em casa, nem o treino totalmente aqui. Se calhar... esta é a minha opinião pessoal... acho que... agora é que vais pensar que sou apanhada naquilo que vou dizer, acho que o facto de fazer aqui algumas sessões de treino que nós... eu estou a aprender, estou aqui há 10 anos e estou a aprender ainda como pessoa, como enfermeira e no relacionamento interpessoal. Continuo a cometer erros, pretendo mudar. Há uns anos atrás os doentes abusavam, ligavam “olhe dói-me as pernas” e estavas em casa com a tua família, também tens direito a isso, nós tivemos que os disciplinar. Às vezes a acessibilidade com que eles nos contactam e a nossa disponibilidade... as vezes temos que manter algumas distâncias... eu não sou exemplo para ninguém, eu sou aquele exemplo que facilito muito e estimulo o contacto. O que é que eu quero dizer com isto, que se calhar vir cá algumas vezes é bom para mostrar... para dar aquele início de manter as distâncias, entre aspas. Vem cá, perceber que nós funcionamos assim, o início se calhar ser cá e o complemento em casa. Não fazer tudo em casa, acho que fica... a relação fica próxima demais, por assim dizer... às vezes pode-se confundir os papéis..., mas acho que manter um misto é a

solução ideal, nem toda lá, nem toda cá, mas essa é a minha opinião pessoal.

- **E o que é que tu achas da inclusão de um cuidador no treino, achas que favorece?**
- Se favorece... nem sempre. Nem sempre, nem nunca. Esta é a minha opinião pessoal, se um doente for autónomo acho que não tem necessidade nenhuma de um cuidador. Ponto. Tenha ele a idade que tiver. Não... se for já idoso se calhar precisa de uma...ou tiver algumas dificuldades.
- **O cuidador no ensino pode ser prejudicial?**
- Pode, pode, depende da relação...
- **Porquê?**
- Porque há relações nefastas, ou seja, mesmo entre casais, se calhar também já viste como eu, que há casais que às vezes boicotam mais do que aquilo que ajudam. Por isso claro que lá estamos nós para impor os limites, mais uma vez, mas nem sempre o cuidador tem vantagens, essa também é a minha opinião pessoal, há relações nefastas, tóxicas, em que durante o treino isso se faz sentir... eu gosto de estimular, mesmo com dificuldades a pessoa ser autónoma, e o que é que acontece... o outro aprende mais depressa e começa “não é assim, já devias ter feito isso”, censura, ou seja, que me vai dificultar muito mais o treino, a autonomia e a autoestima. Por isso nem sempre. Claro que lá estamos nós para dizer “quem manda aqui sou eu, por isso se faz favor não fala”, mas às vezes é complicado, são relações que sobrevivem assim.
- **E a duração do treino... há um tempo útil de treino, 20 minutos, meia hora, não te acontece estar tempo a mais com o doente... achas que se deve fazer menos tempo, mas várias sessões no mesmo dia... quer dizer o que achas em relação à duração da sessão do treino?**
- Mais uma vez acho que deve ser ajustada à realidade... à nossa e à deles. No início, até porque normalmente quando começam diálise são urémicos, a capacidade deles aprender não é tão vantajosa, nós também nos cansamos de estar sempre a repetir a mesma coisa, por isso é que normalmente numa primeira sessão é mesmo o básico, a ideia é mesmo aprender as permutas ... mais técnico... para dar tempo também deles

começarem a dialisar e depois sim começar a aprofundar. Em relação ao tempo, ao conteúdo, é variável, normalmente eu não me fecho uma manhã toda com eles, são períodos de meia hora, uma hora... Durante o tempo da permuta eu aproveito o tempo para aprofundar os conteúdos, para falar. E não é qualquer altura, eu tenho que estar calma, o doente também tem que estar calmo e depois sim, 20 minutinhos, num tempo curto, falamos e não voltamos a falar. No dia a seguir voltamos a fazer uma revisão e se tiver capacidade começamos a aprofundar. Normalmente eu quando começo a falar de matéria mesmo, faço-o durante uns dias seguidos, períodos curtos de tempo e nunca, exceto raras exceções, nunca no primeiro, segundo, terceiro dia, não, esses primeiros dias é para a execução técnica que é isso que eu quero que eles aprendam e que entendam. Depois começamos a aprofundar durante o tempo da troca, é assim que nós fazemos. Imagina que eles estão aqui a manhã toda, não é a manhã toda fechada numa sala! Não! Aproveitamos o período da troca para falar, fazemos uma pausa, vem fazer outra troca e fazemos.

- **Aproveitam esses bocadinhos para falar sobre outras coisas, como por exemplo...?**
- O quê... além das trocas?
- **Sim, sim.**
- Falamos de muita coisa, depende mais uma vez dos doentes, podemos falar da vida pessoal, das relações interpessoais, normalmente o treino é mote para falar de muita coisa, nem sempre é tempo útil. Também fomentamos a relação enfermeiro-doente, podemos falar de tudo e podemos também falar só da troca, depende, dos doentes e daquilo que eles têm necessidade de falar.
- **Chegam a fazer o ensino em grupo ou a recorrer a outro doente para introduzir naquela sessão de ensino?**
- Não, é sempre individualizado. Houve uma altura em que ponderámos, que tínhamos muitos doentes DPA, mas chegámos à conclusão que não era o ideal fazê-lo até porque eram pessoas completamente diferentes, com capacidade de aprendizagem completamente diferente e que as coisas não iam correr bem. Por isso nós defendemos que mesmo que

eles estejam na mesma... em situações semelhantes, nunca o fazemos, nem que se esteja a abarrotar de trabalho. O treino é sempre personalizado.

- **Queria começar por te perguntar como é que vocês fazem o ensino, quando é que começa e depois como é que se desenrola?**
- Muitas vezes tem a ver com o tipo de doente que nós temos, com a distância a que o doente mora, porque aqui as distancias são muito grandes, porque isso é muito importante, e também se é um doente com atividade profissional ativa, se não é, e com a disponibilidade do doente, mas tudo aquilo que sai daquilo que eu te vou dizer são as exceções. O doente implanta o cateter, o cateter fica subcutâneo, a não ser que seja uma emergência em que se prevê que em pouco tempo vá necessitar de diálise e aí o cateter já fica exteriorizado. Aguarda-se que haja uma cicatrização completa da parede abdominal e a partir daí o doente começa logo o ensino. Tirando isso, se é uma coisa programada, o cateter fica subcutâneo e o ideal mesmo é que fique lá mais de um mês, mais de dois meses até, até que seja preciso ser exteriorizado. Tem todas as vantagens, porque o doente depois não precisa de fazer pensos, não precisa de ter cuidado nenhum com o cateter e fica completamente tranquilo. Quando se prevê que o doente vá precisar de iniciar diálise, o doente vem no dia a seguir ou quando combinado e a partir daí começa um treino intensivo. Nós temos o treino estruturado por lições, entre aspas, começamos com o ambiente seguro, começamos depois com a lavagem das mãos, a preparação do material, depois posso-te fornecer... mostrar o que é que temos, o equilíbrio hidro-eletrolítico, e tudo isso, mas tudo isso é feito de forma... o doente nunca está cá mais do que 4 dias... e 4 dias já é cansativo para o doente. Portanto ele vem de manhã e começa automaticamente a fazer o protocolo. Primeiro dia faz infusões de 1000 ou 1500, consoante a estrutura física do doente, e consoante aquilo que ele vai fazer e a tolerância também que ele tem. E a partir daí começamos com o treino como ... o doente vai começar diálise...
- **Mas quando dizes “como se fosse começar diálise” quer dizer que ele faz aqui exatamente as passagens e as trocas que vai fazer tal e qual vai fazer em casa, se for 9, 13, 17 e 21 é assim que fazem, exatamente igual, logo desde o início?**

- Logo desde o início, tal e qual assim. Este senhor vai fazer o extraneal às 19h, exceccionalmente se vai fazer o extraneal às 22, para não ter aqui o doente até... faz um bocadinho mais cedo, este doente tem que ir para o *local X* ainda hoje, tem 80 km para fazer e amanhã está cá outra vez. Quando são doentes de muito longe, que nós vimos que é muito cansativo ou por debilidade do doente, aquilo que se opta, interna-se o doente. Mas muito exceccionalmente, o doente é internado e faz o ensino nos mesmos moldes, tal e qual.
- **E vem aqui fazer?**
- E vem aqui fazer, vem aqui fazer, o ensino é sempre feito aqui em baixo no serviço.
- **E entretanto já exteriorizaram o cateter....**
- Entretanto... o doente vem, o primeiro passo é exteriorizar o cateter, adaptar à extensão e nesse dia começa logo o ensino, no turno da tarde o que nos passam da manhã é que exteriorizou o cateter, foi adaptada esta extensão, geralmente é a extensão da *empresa X*, foram feitas lavagens no cateter, o cateter está permeável, pode iniciar ensino no turno da tarde.
- **E tu achas que o facto do doente fazer o ensino exatamente igual ao que é feito em casa ... se isso facilita depois o processo.**
- Igual ao que é feito em casa?
- **Se eu percebi bem se o doente vai fazer 4 passagens em casa o ensino aqui são as 4 passagens com as soluções que ele vai fazer, se eu percebi bem foi isso, ou não?**
- Sim, sim...
- **Porque há unidades que não fazem isso, por exemplo na minha unidade nós não fazemos isso, eu estou lá sozinho e só estou de manhã. O ensino... o doente faz uma passagem às 9, outra às 10, outras às 11, começamos com um ensino simulado, com um cateter de treino...**
- Aquilo que eu acho... não é pelo facto do doente... se ele fizer o ensino com o tratamento igual aquele que ele faz em casa, não acho que isso seja facilitador, não acho que seja isso. O que eu acho é que, e isto a minha experiência diz-me que isto é que é realmente... um doente

enquanto ele não sente necessidade de aprender aquilo que está a fazer, vê lá se eu me faço explicar... Tu queres-me ensinar a reparar uma máquina da roupa e tu explicas-me e dizes-me... e eu no outro dia sei mais ou menos como é que se faz, mas eu não tenho necessidade ainda, aquilo não me faz falta nenhuma ainda.

- **Estás-me a dizer que o que é importante é o doente sentir que precisa mesmo de aprender aquilo...**
- Exatamente!
- **E por isso é que vocês fazem o ensino quando estão mesmo para começar?**
- Não é só por isso, para já está instituído no nosso serviço que é assim. Agora o que eu te posso dizer é que da minha experiência, o doente que nós mandamos vir, porque já aconteceu, a gente manda vir o doente e diz: “olhe agora faz o ensino teórico durante 4 dias e depois exteriorizamos o cateter”. Já tivemos estas modalidades, imagina... tivemos um doente a trabalhar e não queremos que o doente falte ao trabalho, então vem à tarde e vem faz o ensino teórico e isso tudo. Aquilo que eu sinto é que enquanto estamos a fazer o ensino teórico as coisas não rendem, percebes? Há uma série de erros... o *flush* primeiro que eles compreendam para que é que serve o *flush*... primeiro que eles tenham noção do que é que...
- **Mas quando dizes ensino teórico estás-te a referir ao quê?**
- Porque nós começamos em simultâneo... vamos explicando em simultâneo com o resto das... eu vou-te ali buscar (*um manual com as várias lições...*). Este é o nosso manual. Tu podes começar o ensino teórico e vais explicando a localização dos rins, o equilíbrio, a anemia, o que é o síndrome urémico, estas coisas todas. Mas isto é coisas que tu explicas ao doente... eu não mando vir cá um doente de propósito para lhe explicar a função dos rins e onde estão localizados e o que é que é a diálise e essas coisas todas. À medida que a conversa vai fluindo eu sei que tenho este programa, entre aspas, para cumprir e eu tenho cá o doente e falo com ele e vou-lhe explicando essas coisas todas. Toda esta necessidade, a função do rim, o que é que ele vai perder.
- **E isso enquanto ele faz as trocas?**

- Sim, claro.
- **O que me estavas a dizer é que se fosse só isso, só teoria é que isto depois serve... para o doente isto...**
- Eu para mim não me faz sentido mandar vir cá um doente para lhe explicar o que é a função do rim, e o que é que... para mim não me faz grande sentido. Até porque para a maior parte das pessoas, como é que eu te hei de dizer, o tempo para elas é precioso, não é? E a pessoa quando vem cá sente necessidade de vir aprender já qualquer coisa que diga assim “não eu hoje abalei daqui e já sei fazer qualquer coisa, isto rendeu qualquer coisa”. E eu posso fazer isso em simultâneo, à medida que vou explicando esta parte mais teórica, posso ir avançando com alguma parte prática, nomeadamente a organização do material, o ambiente seguro, explicar ao doente... mas isso eu não chamo cá o doente para dizer: “olhe você vai ter que pensar no sítio onde vai fazer as suas trocas, tem que ser um sítio limpo, um sítio arejado, completamente despojado de coisas a mais, que seja fácil de limpar, que não acumule pó com facilidade”. Não te vou chamar a ti aqui, salvo seja, para te dizer uma coisa dessas. A partir daí vamos avançando...
- **Voltando um pouco atrás, não achas que é facilitador o doente fazer o ensino com um tratamento igual ou parecido ao que fará em casa?**
- Não acho necessidade disso. Aquilo que eu acho é que o doente treina a técnica, eu depois em casa posso-lhe dizer, até porque imagina que começa com um protocolo 1,36%, 2,27%, 1,36% e extraneal e às tantas o ensino foi feito nesse sentido e vê-se que o doente não ultrafiltra com aquele protocolo...
- **E depois muda...**
- Exatamente. Inclusivamente o protocolo pode ser alterado das mais variadíssimas formas. Uma coisa que nós temos, quer dizer que o *Dr. X* tem é... facilita ao máximo, em termos de horas e em termos de adequação de protocolo à vida do doente. Vou-te dar um exemplo eu tenho uma doente que é uma alta transportadora e nunca se adaptou à cicladora. Quando ela começou a fazer diálise ela trabalhava, portanto tinha todas as indicações para fazer diálise automatizada... nunca se conseguiu adaptar à cicladora. Então o que é que o Dr. Ihe fez, passou

para manual e então faz duas bolsas de icodextrina, faz uma às 8 da manhã que lhe dá até 5 da tarde, depois chega a casa faz o nutrineal, às 8 da noite faz um a solução 2,27% e às 10 da noite volta a fazer o extraneal. Faz 4 trocas, para ela é quanto baste e não precisa da cicladora.

- **Quando os doentes estão a fazer o ensino, já percebi que o ensino ocupa o dia todo, é um ensino intensivo... quer dizer se o doente está o dia todo não é sempre o mesmo enfermeiro só que faz o ensino... e isso é uma coisa que tu achas que facilita, serem dois, ou é uma coisa que perturba o doente?**
- Facilita, facilita e de que maneira. Há doentes onde eu não consigo entrar na cabeça do doente, mesmo que eu seja empática, que compreenda...eu não consigo encontrar um mecanismo. Este doente é meu doente e tem sido uma dificuldade, ele é meu doente, tenho estado sempre com ele a acompanhar... e tem havido alguma dificuldade em eu entrar, seja porque motivo for, e quando vem outro colega... há coisas que estive ali encalhadas e o outro vem e aquilo ali desencalha de uma maneira! Pode também acontecer o contrário e as coisas com o outro colega não desenrolaram, mas se não desenrolaram também não retrocederam, o colega deu só continuidade aquilo que já estava e no outro dia eu avanço. Mas se eu precisar de uma ajuda digo assim: “estou com dificuldade vê lá se tu consegues porque ele não consegue perceber o mecanismo da lavagem das mãos nem a necessidade da lavagem das mãos”. E chega lá o outro colega e no outro dia a gente nota perfeitamente que houve ali o trabalho de alguém, houve ali o trabalho de outra pessoa e isso é importante.
- **No vosso ensino que recursos, que estratégias, o que é que vocês usam? Além do doente fazer as passagens e usar o material, se têm um quadro, se mostram um vídeo...**
- Não... temos um vídeo feito, mas não utilizamos. Utilizamos este manual, no fundo as coisas estão explicadas como eu já te disse por lições, onde há depois uma prova de avaliação, entre aspas, para se perceber se o doente percebeu aquilo que lhe foi explicado... basicamente temos isto.

Mas aquilo que nós temos e que é a nossa parte fundamental é mesmo a demonstração, nós fazemos uma demonstração prática ao doente...

- **No início?**
- No início.
- **Uma vez só?**
- Não. A primeira coisa que nós fazemos é por o doente a lavar as mãos e a seguir nós exemplificamos e fazemos o resto da técnica e o doente lava sempre as mãos. Depois eu vou por o doente a fazer a técnica, mas as minhas mãos estão lá sempre para o auxiliar naquilo que for necessário.
- **Mas ele primeiro vê-vos a fazer?**
- Ele primeiro vê-nos a fazer, nós vamos explicando o que é que se está a fazer e vamos tentar que o doente acompanhe de maneira a dar-lhe autonomia a ele e a treiná-lo ...
- **E eles conseguem essa autonomia rapidamente ou é necessário continuar muito na demonstração?**
- A maior parte dos doentes ao fim do primeiro dia... primeiro dia não, que no primeiro dia será só duas trocas, portanto o doente exterioriza o cateter à hora de almoço, durante a tarde o colega exemplifica e demonstra, de manhã o colega volta a demonstrar e faz ele a técnica. A partir daí o doente começa ele a fazer e pronto tudo aquilo que sejam correções nós vamos fazendo, mas a partir do segundo dia vamos tentar por o doente já... o doente e um familiar.
- **Ele no cateter dele?**
- Ele no cateter dele.
- **Logo desde o início?**
- Logo desde o início.
- **Pois. Estavas-me a dizer que têm um vídeo, mas não usam, usam o manual, têm folhetos, posters, PowerPoint...?**
- Este manual que damos ao utente.
- **Já estás na DP há quanto tempo?**
- Desde 98...
- **E houve coisas que mudaram no ensino porque não funcionavam bem?**

- Nós sempre fizemos o ensino assim. O *Dr. X* tentou muitas vezes começar com o ensino teórico...
- **Com o ensino teórico como?**
- Portanto... ainda com o cateter subcutâneo... só com conversa, exatamente. Só que... a nossa experiência diz-nos que estarmos ali só com conversa, o doente está a perder tempo, nós estamos a perder tempo, entre aspas, as coisas não fluem nem rendem como nós gostaríamos, porque aquilo que eu mando cá vir o doente 3, 4 dias, o doente vem cá um dia inteiro e nesse dia a gente consegue...
- **E outras coisas que tenham mudado?**
- O ensino está muito mais sistematizado, não era tão sistematizado, era mais informal, neste momento está mais sistematizado...
- **E isso foi melhor para os doentes?**
- Sim. Outra coisa que eu tenho em particular atenção são os doentes que vêm da HD. Um doente que vem para a DP, especialmente os que vêm por falência de acessos, é extremamente importante antes de começar a técnica ter uma conversa com o doente e fazer-lhe uma analogia entre a HD e a DP. Porque o doente vem, faz 4 horas de HD, tem um monitor altamente sofisticado ali ao lado dele e de repente vê-se com um saco de 2 litros pendurado num suporte e ele não confia na técnica. E é extremamente importante que tu faças uma analogia entre a HD, expliques ao doente como é que funciona uma técnica, como é que funciona a outra e dizer-lhe que se a eficácia ao fim de 4 horas não é a mesma, mas ao fim de 24 ou 48 horas a eficácia chega lá na mesma. E explicar-lhe que ele começa a ter mais liberdade em termos de alimentação, em termos dietéticos, pronto vai ter de ter os mesmos cuidados com a restrição de líquidos e sal etc., com a medicação, com tudo, mas é muito importante, especialmente para o doente que vem da HD, que tu lhe inculcas confiança, que o doente confie na técnica. Senão tu vais ter sempre um doente desconfiado, vais ter sempre um doente que não confia e é meio caminho andado para o doente não aderir à terapêutica e as coisas não correrem bem. Essa é uma das partes mais importantes. A partir daí entra no mesmo rolo e as coisas processam-se da mesma maneira.

- **Qual é a tua opinião sobre o local onde se faz o ensino... achas que deve ser no hospital, que deve ser em casa, nos dois lados?**
- Já fiz ensinos no domicílio. Conseguimos adequar tudo com muito mais facilidade. Já tive experiências que eu posso dizer foi muito mais fácil, outras não terão sido tão rentáveis, mas obviamente que o ideal seria que o ensino fosse feito no domicílio, isso sem dúvida nenhuma.
- **Todo ele?**
- Todo ele, sim.
- **E sendo feito no hospital, conseguem ter alguma reserva, é uma sala movimentada, achas que é importante ser uma sala mais calma?**
- Sem dúvida nenhuma, na altura em que começa o ensino, a sala torna-se mesmo reservada... porque...eu desligo o telefone se for caso disso. Não desligo por norma, mas se o telefone tocar duas vezes eu desligo automaticamente. E todas as pessoas já sabem que não entram naquela porta, tem mesmo ali “Não entrar”, tem mesmo ali o coiso para não entrar. Nem é preciso ter, porque toda a gente já sabe que quando a porta está fechada só entram se baterem à porta e dissermos que pode entrar. De outra maneira não entram.
- **E a inclusão de um cuidador...?**
- Para mim é fundamental. Para mim é fundamental haver uma segunda pessoa que domine a técnica, porque... nunca te podes esquecer que tens um doente à tua frente e que é um doente crónico. Pode ser um doente que tenha aquela patologia única, mas podes ter um doente diabético. E quanto mais patologia, quanto mais comorbidade o doente tem, mais necessidade tens de um cuidador, pelo menos de uma pessoa que domine a técnica. Porque de repente ele é operado, é internado, há uma incapacidade qualquer... não quer dizer que esse cuidador seja para o substituir na totalidade, mas que haja alguém que consiga ver, que haja alguém que ele diga assim: “olha ajuda-me lá aqui, faz-me lá a ligação”. E eu muitas vezes nas minhas visitas acabo por fazer essa adaptação.
- **Achas que se devia introduzir um cuidador sempre, logo desde o início?**
- Sim.

- **Não te acontece às vezes a presença de um cuidador perturbar o doente?**
- Não, nunca achei isso. Acho que tu não deves... e isto é a minha opinião, mas muito francamente, só em situações muito excecionais, inserires um cuidador principal... haver um cuidador.... aquilo que eu acho é que deve haver uma pessoa de retaguarda, que saiba fazer a técnica, mas a técnica é uma técnica de autocuidado, percebes? Só em ultima análise é que tu deves ser um cuidador primário, em que o doente não se consegue cuidar a si próprio, não consegue fazer a técnica. Porque isto leva a um cansaço da parte do cuidador que tu não podes ter um doente dependente de uma pessoa numa técnica destas. Porque isto aguenta-se 1 mês, 2 meses, 3 meses, mas ao fim de 1 ano... eu já vi aqui coisas muito complicadas, nomeadamente entre casais e tudo.
- **Em relação à duração do treino, falaste-me do treino intensivo, 4-5 dias, em cada um desses dias são feitas várias sessões, que coincidem com as passagens... quanto tempo demora cada sessão de ensino?**
- Meia hora, talvez um pouco mais, mas não mais de uma hora.
- **Não estás uma manhã inteira?**
- Não.
- **Não fazem ensino em grupo?**
- Não.
- **Achas que traria maus resultados, que funciona mal?**
- Não. Acho que... nós temos doentes muito jovens em DP. E muitos deles, numa fase inicial de aceitação da alteração da imagem corporal... pode ser um processo muito complicado. Se eu tivesse um programa com cento e tal doentes e só fosse um enfermeiro, poderia ser esse o motivo. Mas eu não tenho necessidade disso e posso perfeitamente respeitar a individualidade de cada doente. Porque eu tenho doentes com muitos problemas em relação a aceitar a alteração da imagem ... porque eu tenho muita gente nova. Já me aconteceu, pronto se eu tenho um doente que lida bem com a DP eu digo assim: “olhe Sr. fulano importa-se que este doente que está a começar que veja o Sr. a fazer uma passagem do princípio ao fim?” Se o doente não se importa, sim senhor. Mas até porque

às vezes nem recorremos muito a isso porque há sempre ali uma asneirazita que aparece ali no meio. Mas pronto só para o outro que está a começar ter uma noção do que é que é uma passagem, o colocar a máscara, o lavar as mãos e a passagem em si do início até ao fim. Mas só para exemplificar. Mais nada. Mas ensinamos em grupo, não. Não temos necessidade.

- **E isso de chamar um doente para fazer uma passagem para quem está a aprender ver, achas que isso pode ter um efeito importante?**
- Pode, pode. Obviamente que eu vou escolher o doente que vai fazer a passagem. Tem que ser um doente que está bem adaptado à técnica, um doente que gosta da técnica, que sabe fazer a técnica e que lida bem, pronto um doente bem adaptado à DP. Não vou chamar um doente que diz assim: “isto é uma seca, a gente tem que fazer isto 4 vezes por dia, não posso ir a lado nenhum”. Tem que ser um que diz “isto faz-se em 20 min, a gente lava as mãos, prepara as coisas, faz, vou à minha vida e quando volto faço outra vez”. Obviamente que eu também vou buscar aquilo que me interessa para motivar o doente, não para desmotivar.
- **Olha e aqueles casos em que às vezes as coisas correm mal... não vos acontece e a gente anda ali... não vos acontece... e porquê?**
- Porque nem todos têm a mesma capacidade de aprendizagem. Eu acho que há ali uma altura em que faz o *click*, em que a pessoa.... A todos os doentes no início faz muita confusão, a drenagem a infusão, o *flush*. Mas há uma altura em que aquilo se faz ali um *click* e a pessoa percebe que aquilo é fácil, tem líquido na barriga, drena, tem ar no circuito, escorva o sistema, faz a infusão e aquilo está feito, pronto, com alguns cuidados, lavagem das mãos. Mas há pessoas que nunca conseguem perceber. Nós tivemos uma doente que andou cá 3 semanas e toda a gente via que aquilo que não dava, mas passámos por lá todos. Eu até me lembro que vim de férias, já a doente andava cá há uma semana e a minha colega diz assim: “ainda bem que tu vieste, já anda tudo farto da D. M.... tudo farto daquilo”. E eu: “então D. M. Vamos lá fazer isto?”. “Enf.^a não se preocupe porque quando eu for para casa eu faço isto tudo como deve de ser”. Como se ela alguma vez fosse para casa, se ela cá não fazia nada de jeito, só se eu fosse maluca é que a mandava para casa. “Então vamos lá

fazer, o que é que vai fazer?”. “Vou-me ligar”. “Não D. M. vai preparar o material, depois vai lavar as mãos”. “Mas isso lavar as mãos eu já sabia e ainda estava a tempo de preparar o material”. Tinha sempre esta resposta, mas se tu a deixavas ir até ao fim ... “então e agora?”. “Ah! esqueci-me da tampa... mas isto lá em casa vai correr bem...”. Mas nunca chegou a começar. Eu acho que as pessoas quando têm alguma formação, por exemplo a esposa de um doente trabalha numa padaria e eles lá têm formação e auditorias e é muito difícil desformatar aquela cabeça...

- **Resumindo várias coisas que me disseste. No ensino é necessário o doente sentir necessidade de aprender...**
- Sim.
- **Que é importante um ensino intensivo... por vários fatores...**
- Sim, mas nunca te esqueças que mesmo nesse ensino intensivo, nunca fica concluído. Eu não posso dizer que o ensino acabou hoje. Eu preciso que ele vá tendo o reforço desse ensino e que as coisas vão sendo consolidadas.
- **Como é que fazem esse reforço?**
- Olha, para já ele vem logo à consulta passado uma semana ou duas semanas. Para já quando o doente vai para casa eu vou sempre com ele. E isto é uma articulação, pronto tenho o privilégio de poder fazer isso (*apoio domiciliário pela empresa*)... Tudo aquilo que é feito aqui, e o meus colegas também respeitam muito essa parte e valorizam muito essa parte. Dê por onde der quando o doente começa eu estou sempre com os doentes. E isso é uma mais valia, tu depois poderes transportar todo o ensino pela mesma pessoa que o fez, e poder levar tudo para casa do doente e poder adaptar tudo e o doente ter aquela pessoa que esteve sempre com ele, ou pelo menos que esteve a maior parte do tempo com ele, tê-la lá em casa, é o transportar do mundo protegido para o mundo real e isso é fundamental. Passado uma semana o doente vem à consulta e cá faz uma passagem e vê-se como é que as coisas estão. E a partir daí nós também fazemos visita domiciliária dentro do âmbito do hospital.
- **Tu fazes o retreino no hospital e em casa?**
- Sim.

- **Os vossos doentes... sobretudo em manual?**
- Sim sobretudo em manual. Temos muito poucos doentes em cicladora.

- **Como é que funciona o vosso processo de treino, como é que é feito, como é que vocês fazem... fala-me um bocadinho do vosso processo de treino.**
- Os doentes põem o cateter e habitualmente ficam um período de 15 dias em que só fazem pensos abdominais ao local de inserção do cateter. Depois desses 15 dias, quando são removidos os pontos, à partida nós podemos começar logo o processo de treino. O processo de treino é feito em ambiente de unidade, em ambulatório, é segundo um protocolo que foi desenvolvido pela unidade. Em relação à técnica manual são 5 dias, preconiza-se que seja de segunda a sexta-feira para não haver as interrupções do fim-de-semana. O doente vem e está cá um período, pode ser o período da manhã, pode ser o período da tarde. Ao longo desses 5 dias, habitualmente por dia acaba por ser cerca de 2 horas e meia, 3 horas, não mais do que isso. E nós vamos sempre... tirando o ensino da parte técnica, existe também uma componente teórica, que vai sendo abordada a cada dia um assunto diferente e de forma a que o doente chegue ao final do quinto dia e esteja realmente capacitado não só em termos técnicos, mas também em termos teóricos, para poder ser autónomo e ir para o domicílio fazer a sua diálise. Mas é assim, há uma avaliação que é feita ao segundo dia em que nós conseguimos logo ter uma perspetiva de como é que a coisa vai decorrer. Se nós, nessa avaliação que vai ser feita ao segundo dia, que foi uma grelha que nós elaborámos, mediante aquilo que observamos o doente fazer, porque é nesse dia que o doente realmente mexe no sistema a primeira vez, e mexe duas vezes, porque é sempre 2 trocas por dia, nós conseguimos perceber logo se aquele doente vai aprender nos 5 dias do protocolo ou se nós vamos ter de alargar o protocolo mais tempo. Porque é assim, apesar do protocolo ser em 5 dias, não é obrigatório que o doente ao quinto dia esteja capaz de ir para casa e há doentes que demoram mais tempo do que os 5 dias. É assim, a maioria dos doentes aprende em 5 dias, mas depois temos 2 ou 3 doentes que não aprendem nesses 5 dias e como é óbvio têm de ser respeitados os tempos de aprendizagem das

pessoas. Mas nesse segundo dia, quando nós aplicamos essa grelha que entretanto desenvolvemos, porque já reestruturámos o plano de ensino pelo menos uma vez, quando tivemos umas alterações aqui...

- **Mas deixa-me lá interromper-te para tentar perceber uma coisa. Portanto, o ensino começa na terceira semana depois do doente ter o cateter....**
- Exato....
- **O ensino demora em média, ou regra geral, 5 dias, os 5 dias dessa semana em que o doente vem cá todos os dias...**
- Sim...
- **Passa aqui o período da manhã ou da tarde, passa aqui um período, por cada dia que o doente faz, ele faz duas sessões, ou duas trocas...**
- Sim...
- **À medida que vocês vão fazendo as trocas e o ensino vão introduzindo também uma componente teórica....**
- Sim...
- **Disseste-me que, ao segundo dia há um teste, uma grelha de avaliação...**
- De observação, de observação! Nós observamos diretamente o doente a fazer as coisas.
- **E essa grelha contempla um conjunto de tópicos que tem a ver com o quê, se o doente lava as mãos...?**
- Com a parte técnica, sim, com a parte técnica do procedimento.
- **Ao segundo dia, através dessa grelha, vocês conseguem perspetivar se aquele ensino vai, digamos, no bom caminho, ou se é um doente que precisa de um pouco mais de acompanhamento....**
- Tal e qual...
- **E em relação ao ensino da máquina?**
- O ensino da máquina, a política da unidade é: os doentes têm de ficar no mínimo 2 meses a fazer tratamento manual. Só ao final desses 2 meses é que nós fazemos o PET. Depois mediante o resultado do PET e tendo em conta aquilo que o doente faz, se está ativo, se é reformado, e toda a envolvência, até mesmo a vontade do doente e as perspetivas que o

doente tem para a sua vida futura, nós depois programamos o ensino da técnica automática.

- **Que habitualmente dura...**
- 3 dias.
- **O doente faz aqui na unidade?**
- Faz. Vem também em ambulatório.
- **E como é que decorre?**
- No primeiro dia nós fazemos tudo. Tal e qual como no manual, o doente só observa. E vamos montando a máquina e vamos falando sobre o funcionamento da máquina, e vamos falando sobre algumas coisas práticas da máquina, em relação aos alarmes e em relação ao tipo de material e com quanto tempo de antecedência é que se pode preparar a máquina, esse tipo de coisas. No segundo dia o doente prepara a máquina sob supervisão. E o que nós fazemos é, enquanto o doente está aqui porque acaba por ficar um período, pelo menos umas duas horas ligado mesmo à máquina como se estivesse a fazer o tratamento, nesse período nós acabamos por simular alguns alarmes. Às vezes sem o doente ver fechamos um *clamp*, pisamos a linha e a máquina alarma e depois vamos tentar perceber junto do doente o que é que ele faria naquela situação, se ele acha que sabe resolver.
- **Nessa situação que estás a dizer, em que se pretende treinar um doente para resolver um alarme, tu achas que é mais eficaz provocar o alarme, quer dizer, fechar uma linha, deixar acontecer e ver a reação do doente... do que dizer por exemplo, em vez de fazer isso, essa vertente prática e concreta, dizer por exemplo “olhe se a máquina alarmar por *Ver Linha do Paciente* deve ver se a linha está permeável e se não tiver pô-la permeável”, ou seja, achas que é mais eficaz confrontar o doente com uma situação real do que explicar só em teoria o alarme?**
- Às vezes sim, porque nós explicamos em teoria, mas há muitos doentes que não conseguem... têm alguma dificuldade em tentar perceber que se aquilo lhes acontecer, exatamente como é que a máquina apita, como é que aparece no ecrã, se é exatamente aquilo que nós acabámos de dizer, ou como é que a coisa se resolve, o que é que acontece à máquina. E

então aqueles que são fáceis, mais fáceis de simular, porque há alarmes que nós não conseguimos simular, aqueles que são os mais comuns, que são o *Ver Linha do Paciente* ou o *Baixo Volume Drenado*, ou... os mais comuns, se nós conseguirmos simular e conseguirmos mostrar ao doente “olhe em casa, quando isto acontecer, é isto que vai acontecer, alarma desta maneira, você tem de carregar aqui para calar, tem de perceber, a máquina diz-lhe praticamente tudo o que é que é preciso fazer, não só em relação ao que poderá ser o alarme, mas também como é que poderá resolver o alarme e você só tem que seguir as indicações da máquina e vai ver que não tem dificuldade nenhuma” e habitualmente isso corre bem.

- **O que é que tu achas que... se te lembras de alguma estratégia, de algum método, de algum pormenor, o que é que no teu entendimento, se pensares naquilo que contribui para um ensino eficaz, o que é que achas que pode contribuir para um ensino eficaz?**
- Olha, nós... há algumas alterações, há algumas coisas que nós começámos a fazer mais recentemente e que têm dado bastante resultado, que é... apesar disto ser uma unidade, o que acontece muitas das vezes, nós temos a porta fechada, estamos aqui dentro com o doente, para já o ensino é sempre feito pela mesma enfermeira, nós somos duas, e é sempre feito pela mesma ...
- **E achas que isso é vantajoso?**
- Isso é vantajoso, isso é vantajoso. E para além disso também é vantajoso, quando está a decorrer o ensino aqui dentro do gabinete, a outra enfermeira vai lá para fora, não fica aqui. A enfermeira, o doente, o familiar do doente se houver e não há mais ninguém a interferir aqui. Porque se nós ficarmos as duas temos sempre aquela tendência para quando a outra está a dizer alguma coisa a gente tem sempre qualquer coisinha para acrescentar e às vezes isso... baralha a cabeça dos doentes. Portanto é melhor ser sempre a mesma enfermeira a fazer o ensino e a outra não está aqui sequer. Outra coisa das coisas que acontecia muito era, mesmo com a porta fechada, nós estávamos aqui dentro a fazer o ensino, a unidade continua a funcionar do outro lado da porta e a médica chegava, batia à porta e a seguir pimba, entrava. Sem estar mascarada, sem estar devidamente equipada, interrompia o ensino, fazia perguntas,

pronto. A partir do momento em que nós começámos a trancarmo-nos dentro do gabinete e a fechar mesmo a porta à chave, isso deixou de existir. E depois, mesmo que elas do lado de fora, também já aconteceu, façam perguntas, nós simplesmente não respondemos.

- **Isolam a unidade....**
- Isolamo-nos completamente aqui dentro e portanto não há interferência nenhuma do exterior. Enquanto o doente está aqui e está no período de ensino não há interferência nenhuma. Outra coisa que eu acho que também é vantajosa, que é outra coisa que nós praticamos aqui na unidade é: a pessoa que faz o ensino não é a pessoa que avalia o doente antes de ir para casa e ter alta do ensino.
- **Vocês além daquela grelha de avaliação ao segundo dia também fazem essa avaliação no último dia antes do doente ir para casa... é outra enfermeira que vai avaliar o doente?**
- Outra, outra, porque parecendo que não, a pessoa que está a fazer o ensino ao doente acaba por ter sempre mais afinidade com aquela pessoa, ou desenvolver um laço mais estreito, não é? E tem sempre tendência se calhar a relevar certos pormenores, que se calhar noutra situação, não estou a dizer que deixa passar um erro grave, não é isso que eu estou a dizer, mas coisas que até poderiam....
- **Pode fechar os olhos, digamos assim.....**
- Exatamente...
- **Sem dar por isso....**
- Exatamente, até pode não fazer por querer, pode fazer despercebidamente. E se for outra pessoa a ver... claro que nós falamos uma com a outra, como é óbvio. E quando eu estou a fazer o ensino eu pergunto sempre à colega “olha passa-se isto assim e assim, o que é que tu achas que eu podia mudar aqui para tentar que isto aconteça de outra maneira?” E o inverso também é verdade. Não é no sentido de deixar passar um erro crasso. É tentarmos ser o mais isentas possível e o mais neutras possível, porque na realidade o que nós estamos a avaliar não é se a colega ensinou bem ou ensinou mal, é se o doente aprendeu. E o facto dos doentes responderem a um... vá.... não é bem um teste, mas é como se fosse um teste, onde são feitas perguntas de ordem prática,

logística e outras até de ordem teórica, mas tudo coisas que são abordadas durante o ensino, há muitos doentes que ficam com alguma tensão... nós não dizemos aos doentes de antemão que vão ter de responder aquele teste, porque há muitos doentes...

- **O do último dia?**

- O do último dia...

- **O segundo é uma grelha de avaliação?**

- Exato. É observação direta da enfermeira que observa o doente. No último dia é mesmo um teste escrito em que os doentes respondem. Há muitos doentes que quando sabem de antemão que vão fazer aquilo ficam tensos. E durante o ensino comportam-se de uma determinada maneira, até com um rapaz novo, e chegam ao dia do teste e bloqueiam completamente e é como se não tivessem andado cá no ensino e não soubessem fazer rigorosamente nada. Portanto nós optámos mais recentemente por não dizer às pessoas que vão fazer aquele teste. Mas depois dizemos uma coisa que também lhes liberta uma certa carga negativa que eles sentem ao fazer aquele teste, que é só se eles cometerem um erro muito grave é que não podem ter alta para casa. Claro que é muito importante um doente saber fazer a parte técnica, mas também é muito importante o doente saber reconhecer sinais e sintomas, de complicações infecciosas e não infecciosas. Saber se lhe acontece um problema qualquer como é que resolve aquilo. Portanto mais importante do que, ou se calhar tão importante que o doente saiba fazer a parte técnica é reconhecer os sinais e sintomas daquilo que não está bem.

- **E isto tudo a propósito de como é que se contribui para um ensino eficaz. Começaste por falar em isolar a sala, há um enfermeiro que é sempre o mesmo, o outro sai, há uma avaliação ao segundo dia que é feita pelo mesmo enfermeiro que está a fazer o ensino, mas no último dia há um pequeno teste que é aplicado ao doente pelo outro enfermeiro que por sua vez também observa o doente...**

- Sim, sim...

- **E mais alguma coisa que te lembres que contribui para um ensino eficaz?**

- Eu acho que ajuda, uma coisa que eu tenho vindo a reparar e nós temos vindo a insistir com os nossos doentes é para virem sempre acompanhados ... e eu acho que ajuda. Porque às vezes quando os doentes vêm sozinhos, vêm muito tensos. No primeiro dia naquela expectativa de saber o que é que é isto e o que eu vou encontrar e o que é que me vão fazer e como é que eu me vou sentir. Mas depois às vezes a pessoa vir acompanhada, em certos pormenores até do dia a dia, a pessoa não estar naquela tensão de ter de aprender uma coisa não só prática, mas também teórica e estar naquela tensão... a coisa mais simples, o problema mais simples que se lhe possa colocar, às vezes a pessoa bloqueia e não está a conseguir dar a volta á situação. E tivemos 1 caso, aliás tivemos 2 casos muito recentemente. Os últimos doentes que nós ensinámos, eu ensinei um a *enf. X* ensinou outro. Sistemas diferentes. Vieram os 2 acompanhados, ela com a mãe, ele com o filho. E foi muito engraçado porque a rapariga ao início vinha muito descontraída e depois começou a ficar um bocado tensa, ou melhor, ao contrario, muito tensa e depois o facto da mãe estar e de desmistificar um bocado isto, porque ela é uma rapariga nova, vinha muito preocupada com a silhueta, cada vez que a gente lhe aumentava o volume, ficava com uma barriguinha mais proeminente, não apertava as calças, era um grande problema, a mãe foi desmistificando isto, ela foi ficando cada vez mais relaxada com o assunto, e foi ficando cada vez menos tensa e até encarou bem isto... e ele foi ao contrario, vinha muito descontraído e á medida que o ensino foi avançando ficou muito tenso a achar que não ia ser capaz, que o filho agora estava cá e que depois o filho ia-se embora para o estrangeiro que é onde mora e ele ia ficar sozinho e não ia ter a certeza se ia conseguir fazer as coisas bem. Portanto eu acho que a presença de um familiar, de preferência um que coabite com o doente, no sentido de resolver algumas coisas e até de amenizar alguns problemas é importante e é benéfico.
- **É importante ao longo de todo o ensino?**
- Sim.

- **E não te tem acontecido, a presença de um cuidador, de um marido, da mulher, não te tem acontecido a presença desse elemento perturbar de alguma forma a aprendizagem?**
- Já aconteceu...
- **Por exemplo por exercer censura sobre... “eh pá tu... a mulher já te explicou isso 3 vezes e tu ainda estás aí...?”**
- Já aconteceu e nessa altura aquilo que nós fazemos é de uma forma diplomática explicar ao familiar que, das duas três, ou fica e abstém-se de comentar o que quer que seja, ou então, se não se consegue abster de comentar o que quer que seja, nós tentamos-lhe explicar que será mais benéfico para o processo de aprendizagem do seu familiar que a pessoa fique do lado de fora da porta.
- **Então a inclusão de um cuidador pode ser benéfica, dá segurança ao doente, porque pode ser um elemento de retaguarda...**
- Exato.
- **Mas num contexto de ensino, se nós detetarmos que ele condiciona negativamente a aprendizagem devemos intervir.**
- Exatamente, é isso mesmo.
- **Há alguma coisa que vocês fizessem no passado ou tivessem feito no passado, relacionado com a aprendizagem, que vocês tivessem chegado á conclusão, espera lá isto está e a complicar o ensino e vamos mudar para aqui.**
- Sim duas coisas: uma tem que ver com isso. Com ficar só aqui a enfermeira que está a ensinar e a outra ficar lá de fora. Nós ficávamos as duas aqui e a outra ficava aqui sentadinha. Mas ao ficar aqui sentadinha, lá está, é a tal coisa, nós nem sempre conseguimos ficar mudas, caladas e abstermo-nos de comentar o que quer que seja. Tentamos sempre, no sentido de ajudar o doente a perceber ou compreender alguma coisa, tentamos sempre dar uma achega e é assim, por muito parecidas que nós possamos ser, e somos, e até mesmo o discurso é muito idêntico, o discurso de uma e o discurso de outra, nem sempre a nossa intervenção podia ser bem entendida nem pelo doente, nem pela própria colega. Portanto isso deixámos de fazer... ficar aqui sentadinha, caladinha e mudinha acabou. Fica caladinha e mudinha, mas é lá fora. Outra coisa

que me tinha lembrado era deixarmos a porta aberta, barricamo-nos completamente aqui dentro.

- **Tu tens a experiência de ir a casa dos doentes?**

- Não.

- **Mas aqui na unidade há uma enfermeira que vai?**

- Sim.

- **Se eu te perguntar qual é a tua opinião sobre o apoio domiciliário?**

- É fundamental, fundamental, mais fundamental não pode haver. Às vezes fico com pena, porque eu vejo os doentes do lado de cá, e ver os doentes do lado de cá é completamente diferente de ver os doentes do lado de lá. Porque os doentes no seu meio, na sua casinha, com as suas coisinhas, com as coisas arrumadas de uma determinada maneira, com a casa de banho ali ao lado, com os bibelôs e os tarecos e aquelas coisas todas em casa, é completamente diferente do que o doente vir para aqui. E depois a ideia que eu tenho é que é assim, os doentes em casa têm sempre uma certa tensão, quando são visitados a primeira vez, porque ficam sempre com aquela coisa de... porque eles chegam aqui, o espaço é um espaço próprio, para eles fazerem o ensino, a porta está fechada, as coisas estão aqui á mão de semear e depois às vezes as grandes dúvidas que eu acho que às vezes os doentes têm em casa, e deparei-me com isso recentemente com o último doente que eu ensinei era, porque eu avisei o doente “olhe entretanto quando for para casa a enfermeira da firma há-de lá ir para fazer o apoio domiciliário”, e ele perguntou “então mas conhece?”, “conheço e você também conhece”. E disse quem é que era enfermeira. E ele “ai que bom, que bom, porque assim ela vai e ajuda-me a arrumar, a escolher o melhor sitio para arrumar as coisas e a ver se aquilo que eu estou a pensar fazer se está bem pensado e a arranjar as minhas estratégias para resolver os problemas”. Eu acho que isso é fundamental. E acho outra coisa, eu que não trabalho para nenhuma das firmas e sou completamente isenta, posso dizer isso: vejo diferenças objetivas entre a visita que é feita numa companhia e a visita que é feita noutra companhia. Porque eu acho que esta coisa da visita domiciliária não pode ser só ir a casa dos doentes quando começam a fazer tratamento manual ou quando começam a fazer máquina. O ir a casa dos

doentes tem de ser uma coisa continuada. Porque os doentes fazem um tratamento domiciliário, mas têm que sentir que não estão largados e abandonados. E não é pelo facto de ir à unidade de 2 em 2 meses que o doente se sente apoiado. O doente tem de perceber que existe à vontade da parte da unidade, e isso eu posso dizer que existe, para contactar telefonicamente, vir cá numa situação de urgência. Mas também tem de haver à vontade da parte das firmas e de quem visita estes doentes, para qualquer problema que haja, o enfermeiro estar disponível para tentar resolver, pelo menos tentar resolver, pode às vezes não conseguir resolver, mas tem de estar disponível para tentar resolver. E eu vejo diferenças entre uma coisa e outra coisa.

- **Em relação aos métodos pedagógicos e recursos pedagógicos, eu lembro-me que quando estagiei aqui, havia um exercício que me parecia muito interessante, que foi tu dizeres a uma doente, aí ao segundo dia de treino, ou terceiro, “logo á noite vai escrever o procedimento num papel e amanhã traz para a gente ver se isso está bem”. Fala-me lá um bocadinho disso.**
- Nós temos algum suporte teórico em papel com as coisas que vamos ensinando ao longo do ensino. Um desse suporte que nós temos é precisamente um folheto, uma espécie de uma *check list*, qual é que é o material necessário e todos os passos por que se faz a técnica. A parte prática da técnica. E o doente realmente vem no primeiro dia, nós fazemos e o doente observa. Vem no segundo dia e o doente começa a mexer. É completamente diferente o doente ver, e nós vimos essa diferença e é clara essa diferença, entre as perguntas que o doente faz no primeiro dia connosco a mexer e ser ele a ver, e as perguntas que ele faz no segundo dia, quando já é ele que mexe sob a nossa orientação e supervisão. Uma das coisas que nós sempre achámos em termos de fundamental para o doente perceber a técnica é duas coisas: primeiro, o doente não pode memorizar 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. O doente tem de perceber a lógica. E ao escrever e ao fazer esse exercício mental, que ao final do segundo dia o doente já mexeu duas vezes e já viu no outro dia a enfermeira fazer duas vezes, o doente chegar a casa e num bocadinho, que não é preciso muito, com calma e utilizando a sua própria linguagem, aquilo que para

ele lhe faz sentido, o doente tentar visualizar, e até dizemos mesmo “feche o olhos e visualize aquilo que se passa aqui no gabinete e em 2 ou 3 minutos você vai escrever coisas muito simples, não é nenhuma receita de nenhuma tarte: 1, por a máscara, 2, fazer isto, 3 fazer aquilo, e vai escrever aí”, “mas não me vai dar isso por escrito?”, “Vou, mas primeiro eu quero que você faça este exercício”. Porque às vezes, quando os doentes fazem este exercício, habitualmente o que é que falha neste exercício, é a posição em que eles lavam as mãos e a altura em que eles desinfetam as mãos. E quando eles escrevem e no dia a seguir trazem, e nós vamos ver e vamos confrontar aquilo que realmente é para fazer, com aquilo que está escrito. E nós vamos perguntar ao doente “então você escreveu aqui que primeiro lava as mãos e a seguir abre o saco, o que é que acha que acontece às suas mãos quando lava as mãos e a seguir abre o saco?”, “Ah pois é.... tem razão!”

- **Então faz mais sentido abrir o saco e só depois lavar as mãos.**
- Exatamente, percebendo a lógica porque as coisas acontecem é mais fácil as pessoas memorizarem. Já tivemos doentes que até na parte de traz do talão do multibanco escrevem ali meia dúzia de palavritas e no dia a seguir trazem... Às vezes basta fazer isto, só este exercício de “espera lá, deixa lá ver o que é que eu faço, agora faço isto agora aquilo e vou escrever”, e depois ser confrontado com a realidade, eu acho que isso é importante.
- **Estavas a dizer “e não me vai dar um folheto? Não você vai fazer este exercício”, no dia a seguir o doente volta, vocês corrigem e só dão o folheto depois...**
- Depois, depois do doente fazer e de nós vermos com o doente aquilo que ele fez.
- **E porque é que não dão o folheto no primeiro dia?**
- Não damos no primeiro dia porque no folheto está escrito como é que a coisa deve ser feita e uma coisa é tu olhares para uma lista, para um folheto em que diz uma ordem em que os procedimentos acontecem e tu dizes aquilo de cor e salteado. E depois eu digo assim “e porque é que abre o saco e lava as mãos e não lava por exemplo as mãos e abre o saco a seguir?” É preciso ele perceber porque é que aquilo é feito daquela

ordem. Uma coisa que eu não disse e que é importante, o facto de nós ao segundo dia aplicarmos a grelha e podermos perceber se o doente vai aprender em 5 dias ou vai precisar de mais tempo, como aquilo é uma observação da parte técnica, significa que ele tem muitas falhas em termos técnicos. Se ele tem muitas falhas em termos técnicos não adianta estarmos aqui a debitar, e o que é que nós fazemos? Não fazemos o ensino teórico e insistimos no ensino prático... se continuarmos com problemas em termos de ensino prático até vamos fazer outra coisa que é trocar o elemento que está a fazer o ensino ao doente.

- **Estou a perceber, se a coisa corre mal...**
- Pode não ser só com o doente. Já tivemos doentes que nos disseram, eu pessoalmente tive doentes que já me disseram que se sentiam ... não era em pânico, mas que se sentiam amedrontados e que às vezes bloqueavam porque sabiam que eu estava ali a olhar para eles. Mas também já aconteceu o inverso.
- **Pode ser uma estratégia que favorece o ensino, mudar o enfermeiro?**
- Exato. Nós somos pessoas muito diferentes uma da outra, eu sou muito mais incisiva. Eu acho. Naquela fase em que assistíamos ao ensino uma da outra, eu sou muito mais incisiva. É aquilo e tem que ser aquilo. E já aconteceu, estava a fazer o ensino e expliquei de variadíssimas maneiras e a pessoa não estava a conseguir interiorizar e a outra chega lá e diz uma coisa de uma maneira completamente diferente e a pessoa... dá-lhe ali um *click*, desprende-se ali qualquer coisa, dá-se uma luz e a pessoa consegue encarregar e continuar o ensino. Até porque há outra coisa, que é quando nós começamos a insistir muito numa coisa, depois às tantas aquilo já é um ponto de honra para nós. Então mas eu não estou a conseguir ensinar porquê? O que é que eu estou a fazer mal? Não, não! Vai ter que aprender nem que seja á lei da bala. Ou aprendes ou não aprendes, então como é que é isto?! É como tirar sangue, eu costumo dizer aos doentes, eu não pico o mesmo doente mais que 3 vezes, porque ao final da terceira vez em que eu não consigo picar o doente eu já estou a marrar, não estou a picar o doente, estou a marrar, porque entendi que tenho que ser capaz de lhe tirar sangue. E fazer o ensino é exatamente a mesma coisa, não se pode marrar!

- **Então o enfermeiro pode exercer um efeito perverso na aprendizagem?**
- Pode, pode, se nós conseguirmos ver que aquela pessoa se está a sentir ameaçada, com medo, mais vale nós cortarmos o mal logo pela raiz e dizer “olhe... não! Temos de trocar”. Porque o doente não se sente á vontade, eu entro na sala e o doente fica tenso. Não tem a ver só com a pessoa em si, acho que tem que ver com aquelas coisas todas que a gente aprende, com a comunicação assertiva, com a relação empática, com o tom de voz, com aquilo que se diz e a maneira como se diz. Depois há pessoas que às vezes a gente tenta levar para o lado cómico da coisa, há pessoas que aceitam bem outras levam a mal. Por um lado dizemos que é uma coisa séria e tem que ter atenção, por outro lado estamos a fazer analogias tontas, tem que ver com isso tudo.

APÊNDICE 3

CATEGORIAS, UNIDADES DE REGISTO E UNIDADES DE
CONTEXTO (VERSÃO COMPLETA)

Categoria “Gestão das características do enfermeiro que ensina”.

Nesta categoria inserem-se os dados relacionados com as especificidades do enfermeiro que ensina e que foram reportadas como tendo influência no processo de aprendizagem do alvo do ensino.

Unidade de Registo	Unidade de Contexto
A importância do ensino ser realizado pelo mesmo enfermeiro	<p>“Quando começamos o ensino tentamos manter a mesma pessoa, às vezes não é possível, mas sempre que é possível mantemos a mesma pessoa” (E1)</p> <p>“Por mais que a gente tente uniformizar e falarmos a mesma linguagem... cada um tem a sua maneira de ensinar (...) já houve doentes (...) que dizem assim “pois, mas a Sra. diz assim e a outra Sra. diz assado” e claro que ficam confusos” (E1)</p> <p>“Cada um tem a sua maneira de dizer e depois a pessoa também fica confusa, o ensino leva mais tempo, a pessoa fica mais cansada” (E1)</p> <p>(O ensino em internamento) “tem uma desvantagem grande que é o facto de não ser sempre a mesma enfermeira” (E2)</p> <p>“É uma das dificuldades que os pais nos apontam é que cada uma de nós, mesmo nós seguindo um protocolo ou tendo as nossas intervenções estipuladas, cada uma de nós vai ter um método diferente, vai ter sempre um pormenor que vai alterar e de manhã é uma coisa, à tarde é outra e parecendo que não isso dificulta a aprendizagem dos pais” (E2)</p> <p>“É logo “ai enfermeira, veio a sua colega fez tudo tão diferente que eu baralhei-me toda” (E2)</p> <p>“Vai haver sempre um pormenor teu, especial que tu vais aplicar no teu ensino, e que as pessoas reparam e, parecendo que não, para eles isso é uma dificuldade enorme” (E2)</p> <p>“Há uma coisa que nós respeitamos: o ensino é sempre feito pela mesma enfermeira (...) é uma mais valia, favorece o treino, favorece-nos a nós e ao doente” (E3)</p> <p>“Para já o ensino é sempre feito pela mesma enfermeira, nós somos duas, e é sempre feito pela mesma (...) Isso é vantajoso” (E5)</p>
A mudança de enfermeiro como forma de melhorar o ensino	<p>“Há doentes onde eu não consigo entrar na cabeça do doente, mesmo que eu seja empática, que compreenda...eu não consigo encontrar um mecanismo (...) e quando vem outro colega... há coisas que estive ali encalhadas e o outro vem e aquilo ali desencalha de uma maneira!” (E4)</p>

	<p>“E chega lá o outro colega e no outro dia a gente nota perfeitamente que houve ali o trabalho de alguém, houve ali o trabalho de outra pessoa e isso é importante” (E4)</p> <p>“Outra coisa que eu acho que também é vantajosa, que é outra coisa que nós praticamos aqui na unidade é: a pessoa que faz o ensino não é a pessoa que avalia o doente antes de ir para casa e ter alta do ensino. (...) parecendo que não, a pessoa que está a fazer o ensino ao doente acaba por ter sempre mais afinidade com aquela pessoa, ou desenvolver um laço mais estreito, não é? E tem sempre tendência se calhar a relevar certos pormenores” (E5)</p> <p>“Pessoalmente tive doentes que já me disseram que se sentiam ... não era em pânico, mas que se sentiam amedrontados e que às vezes bloqueavam porque sabiam que eu estava ali a olhar para eles. Mas também já aconteceu o inverso” (E5)</p> <p>“Estava a fazer o ensino e expliquei de variadíssimas maneiras e a pessoa não estava a conseguir interiorizar e a outra chega lá e diz uma coisa de uma maneira completamente diferente e a pessoa... dá-lhe ali um <i>click</i>, desprende-se ali qualquer coisa, dá-se uma luz e a pessoa consegue encarregar e continuar o ensino” (E5)</p>
<p>O desenvolvimento profissional do enfermeiro como facilitador do ensino</p>	<p>“Como tu imaginas nas minhas experiências noutros hospitais (<i>como enfermeira de apoio da empresa em que visita utentes de várias unidades</i>), cada hospital tem a sua técnica. Eu admito que a minha é um bocadinho uma recolha que eu fui fazendo de toda a gente. Porque achei que era importante, o que podia aproveitar eu aproveito e uso no meu treino com a minha técnica” (E2)</p> <p>“A minha forma de ensino não é a mesma de há 5 ou 10 anos atrás (...) eu vou-me adaptando, vou ver os erros que cometi no passado e que de alguma forma dificultou o ensino (...) e corrigir isso para de alguma forma eles assimilarem mais facilmente” (E3)</p> <p>“Nós vamos mudando a nossa forma de abordar consoante a nossa experiência (...) é subtil vamos ajustando consoante a nossa experiência que é isso que faz a diferença... é a experiência” (E3)</p> <p>“Claro que nós falamos uma com a outra (<i>entre enfermeiras</i>), como é óbvio (...) eu pergunto sempre à colega “olha passa-se isto assim e assim, o que é que tu achas que eu podia mudar aqui para tentar que isto aconteça de outra maneira?” (E5)</p>

<p>A importância do autocontrolo do enfermeiro</p>	<p>“Nós também nos cansamos de estar sempre a repetir a mesma coisa (...) eu tenho que estar calma” <i>(para fazer o ensino)</i> (E3)</p> <p>“Até porque há outra coisa, que é quando nós começamos a insistir muito numa coisa, depois às tantas aquilo já é um ponto de honra para nós. Então mas eu não estou a conseguir ensinar porquê? O que é que eu estou a fazer mal? Não, não! Vai ter que aprender nem que seja á lei da bala. Ou aprendes ou não aprendes, então como é que é isto?! É como tirar sangue, eu costumo dizer aos doentes, eu não pico o mesmo doente mais que 3 vezes, porque ao final da terceira vez em que eu não consigo picar o doente eu já estou a marrar, não estou a picar o doente, estou a marrar, porque entendi que tenho que ser capaz de lhe tirar sangue. E fazer o ensino é exatamente a mesma coisa, não se pode marrar! (E5)</p> <p>“Acho que tem que ver com aquelas coisas todas que a gente aprende, com a comunicação assertiva, com a relação empática, com o tom de voz” (E5)</p>
--	--

Categoria “Gestão das características do alvo de ensino”.

Nesta categoria inserem-se os dados relacionados com as especificidades de quem está a ser ensinado e que foram reportadas como tendo influência no processo de aprendizagem.

Unidade de Registo	Unidade de Contexto
A motivação do alvo do ensino enquanto fator facilitador	<p>“Favorece <i>(a responsabilidade que um pai sente por estar a aprender a fazer DP a um filho)</i>! Porque é assim eles têm que fazer o melhor. Favorece em termos de tempo de aprendizagem (...) querem fazer tudo muito bem porque é um filho” (E2)</p> <p>“Eu julgo que o cuidador tem muito maior preocupação em aprender e o fazerem a técnica corretamente, porque a culpa já não é do doente se for ele... eles aprendem com muito mais atenção, são muito mais cuidadosos é isso que eu vejo” (E2)</p> <p>“A minha experiência diz-me que isto é que é realmente... um doente enquanto ele não sente necessidade de aprender aquilo que está a fazer <i>(não aprende)</i>” (E4)</p> <p>“Um doente que vem para a DP, especialmente os que vêm por falência de acessos, é extremamente importante antes de começar a técnica ter uma conversa com o doente e fazer-lhe uma analogia entre a HD e a DP. Porque o doente vem, faz 4 horas de HD, tem um monitor altamente sofisticado ali ao lado dele e de repente vê-se com um saco de 2 litros pendurado num suporte e ele não confia na técnica (...). dizer-lhe que se a eficácia ao fim de 4 horas não é a mesma, mas ao fim de 24 ou 48 horas a eficácia chega lá na mesma. E explicar-lhe que ele começa a ter mais liberdade em termos de alimentação, em termos dietéticos (...) mas é muito importante, especialmente para o doente que vem da HD, que tu lhe incutas confiança, que o doente confie na técnica. Senão tu vais ter sempre um doente desconfiado (...) e é meio caminho andado para o doente não aderir” (E4)</p>
O acompanhamento de um familiar (ou pessoa significativa) enquanto fator minimizador da ansiedade do alvo do ensino	<p>“Uma coisa que eu tenho vindo a reparar e nós temos vindo a insistir com os nossos doentes é para virem sempre acompanhados... e eu acho que ajuda. Porque às vezes quando os doentes vêm sozinhos, vêm muito tensos. No primeiro dia naquela expectativa de saber o que é que é isto e o que eu vou encontrar e o que é que me vão fazer e como é que eu me vou sentir (...) Mas depois às vezes a pessoa vir acompanhada (...) não estar naquela tensão” (E5)</p>

<p>A participação simultânea de um familiar (ou pessoa significativa) no ensino enquanto fator perturbador do processo de treino</p>	<p>“Estamos a explicar uma coisa ao utente e ela lembra-se e faz a pergunta naquele momento, interrompe lá o nosso raciocínio. Às vezes imagina a pessoa fica mais ansiosa.... “faz isso bem feito, tu sabes e agora como é que estás a fazer” (E1)</p> <p>“Geralmente é assim... um casal... e como tu sabes... vai tentar corrigir quem já está a fazer, ou já viu, vai corrigir o outro, vai atrapalhar... a gente já tem acontecido isso, termos posto a pessoa lá fora” (E2)</p> <p>“Há relações nefastas, (...) há casais que às vezes boicotam mais do que aquilo que ajudam. Por isso claro que lá estamos nós para impor os limites, mais uma vez, mas nem sempre o cuidador tem vantagens, essa também é a minha opinião pessoal, há relações nefastas, tóxicas, em que durante o treino isso se faz sentir (...) o outro aprende mais depressa e começa “não é assim, já devias ter feito isso”, censura (...) vai dificultar muito mais o treino, a autonomia e a autoestima (E3)</p> <p>“Já aconteceu (<i>um familiar perturbar o ensino</i>) e nessa altura aquilo que nós fazemos é de uma forma diplomática explicar ao familiar que, das duas três, ou fica e abstém-se de comentar o que quer que seja, ou então (...) tentamos-lhe explicar que será mais benéfico para o processo de aprendizagem do seu familiar que (...) fique do lado de fora da porta” (E5)</p>
<p>A individualização do ensino enquanto fator facilitador</p>	<p>“Às vezes nos ensinamentos dos cuidadores, quando é para as instituições, tipo os lares, vêm em grupo, vem uma data de gente aprender. E também não é muito bom. (...) quando é assim em grupo, fazemos por fases, tipo vêm dois cá dentro ou um, ou assim. Quando vêm assim em grupo não dá” (E1)</p> <p>“É sempre individualizado (...) por isso nós defendemos que mesmo que eles estejam na mesma... em situações semelhantes, nunca o fazemos (<i>ensino em grupo</i>), nem que se esteja a abarrotar de trabalho. O treino é sempre personalizado (E3)</p>

Categoria “Gestão do contexto onde decorre o ensino”

Nesta categoria inserem-se os dados relacionados com as características ou especificidades do local onde se ensina e que foram reportadas como tendo influência no processo de aprendizagem do alvo do ensino.

Unidade de Registo	Unidade de Contexto
A importância do ensino ser realizado num local calmo, sem interrupções, ou interferências	<p>“O ensino é muito interrompido (...) é péssimo (...) interrompe-se o raciocínio, interrompe-se o procedimento, o utente acaba por ser sujeito àquelas distrações... e corta (...) se for preciso, o telefone está a tocar e a gente não atende, o doente diz “olhe o telefone está a tocar, tem que ir atender” (...) ele distrai-se logo (...) vem alguém bater à porta e ficam a olhar para a porta, eles distraem-se muito facilmente (...) aquilo ficou na cabeça da pessoa e para voltar outra vez a sossegar e a voltar ali àquela situação leva o seu tempo” (E1)</p> <p>“É fundamental ser um local fechado, em que estejas tu e o doente (...) o familiar eventualmente, calmo, sereno e sem interrupções” (E3)</p> <p>“Na altura em que começa o ensino, a sala torna-se mesmo reservada... porque...eu desligo o telefone se for caso disso. Não desligo por norma, mas se o telefone tocar duas vezes eu desligo automaticamente. E todas as pessoas já sabem que não entram (...) tem mesmo ali “Não entrar” (E4).</p> <p>“A outra enfermeira vai lá para fora (...) não há mais ninguém a interferir aqui. (...) temos sempre aquela tendência para quando a outra está a dizer alguma coisa a gente tem sempre qualquer coisinha para acrescentar e às vezes isso... baralha a cabeça dos doentes (...) nós nem sempre conseguimos ficar mudas, caladas e abstermo-nos de comentar o que quer que seja. Tentamos sempre, no sentido de ajudar o doente a perceber ou compreender alguma coisa, tentamos sempre dar uma achega (...) nem sempre a nossa intervenção podia ser bem entendida nem pelo doente, nem pela própria colega” (E5)</p> <p>“Isolamo-nos completamente aqui dentro e portanto não há interferência nenhuma do exterior. Enquanto o doente está aqui e está no período de ensino não há interferência nenhuma” (E5)</p>
O domicílio como local privilegiado para a realização do ensino	<p>“Eu acho que a visita é importante, pois nós não sabemos (...) imagina se tem o material arrumado numa garagem cheia de humidade, nós não sabemos nada disso. Embora no ensino dizemos, que não pode ser num local húmido, mas na realidade a gente não conhece, onde fazem as trocas, como é que fazem” (E1)</p> <p>“É assim eu sou apoloquista de em casa” (E2)</p>

	<p>“O doente sente-se mais à vontade, é o ambiente dele, já vai adaptar as coisas ao espaço que tem, não é tu ensinas no hospital, tens uma mesa, tens um lavatório, tens papel das mãos, tens desinfetante e depois chegas a casa e parece que já não sabes gerir nada daquele espaço. E a experiência que eu tive... num dia ou dois tínhamos doentes a fazer o treino de cicladora e ficavam já ligados à noite... a gente punha o doente perfeitamente apto, o que no fundo é praticamente impossível a nível hospitalar” (E2)</p> <p>“Já fiz ensinamentos no domicílio. Conseguimos adequar tudo com muito mais facilidade. Já tive experiências que eu posso dizer foi muito mais fácil, outras não terão sido tão rentáveis, mas obviamente que o ideal seria que o ensino fosse feito no domicílio, isso sem dúvida nenhuma” (E4)</p> <p>“Isso é uma mais valia, tu depois poderes transportar todo o ensino pela mesma pessoa que o fez, e poder levar tudo para casa do doente e poder adaptar tudo (...) é o transportar do mundo protegido para o mundo real e isso é fundamental” (E4)</p> <p>“Ver os doentes do lado de cá é completamente diferente de ver os doentes do lado de lá. Porque os doentes no seu meio (...) com as coisas arrumadas de uma determinada maneira, com a casa de banho ali ao lado (...) é completamente diferente do que o doente vir para aqui (...) E ele “ai que bom, que bom, porque assim ela vai e ajuda-me a arrumar, a escolher o melhor sítio para arrumar as coisas e a ver se aquilo que eu estou a pensar fazer se está bem pensado e a arranjar as minhas estratégias para resolver os problemas” <i>(a referir-se à reação de um doente quando soube do apoio domiciliário)</i> (E5)</p>
<p>O domicílio como local em que se complementa o treino que deve iniciar-se na unidade</p>	<p>“Se calhar vir cá algumas vezes é bom para mostrar (...) Vem cá, perceber que nós funcionamos assim, o início se calhar ser cá e o complemento em casa. Não fazer tudo em casa, acho que fica... a relação fica próxima demais, por assim dizer... às vezes pode-se confundir os papéis..., mas acho que manter um misto é a solução ideal, nem toda lá, nem toda cá” (E3)</p> <p>“eu prefiro uma forma mista de treino, nem o treino total em casa, nem o treino totalmente aqui” (E3)</p>

Categoria “Gestão da técnica de ensino”.

Nesta categoria inserem-se os dados reportados sobre as particularidades da técnica que o enfermeiro utiliza para que as aprendizagens do alvo de ensino ocorram.

Unidade de Registo	Unidade de Contexto
Utilização criteriosa de folhetos ou brochuras com informação sobre DRC, procedimentos ou cuidados a ter	<p>“No início não damos logo (<i>o folheto com a descrição da técnica</i>), quando começamos a mexer mais e ele começa a mexer, aí damos (...) para ele olhar em casa, para verem o que é que fizeram, o que é que não fizeram, para começarem a ver, a identificar aquelas diversas fases” (E1)</p> <p>“Primeiro ver, vamos fazer algumas vezes e depois o folheto vai ficar na mão deles para eles lerem com calma e aí vão entender melhor os passos que estão a fazer” (E2)</p> <p>“Não damos (<i>o folheto</i>) no primeiro dia porque (...) uma coisa é tu olhares para uma lista, para um folheto em que diz uma ordem em que os procedimentos acontecem e tu dizes aquilo de cor e salteado. E depois eu digo assim “e porque é que abre o saco e lava as mãos e não lava por exemplo as mãos e abre o saco a seguir?” É preciso ele perceber porque é que aquilo é feito daquela ordem” (E5)</p> <p>“Durante o treino não damos absolutamente nada, quando eles vão para casa, já sabem fazer e são autónomos, damos uma folhinha (...) passo a passo a dizer como fazer a diálise (...) acho que não devemos ter muletas durante o treino (...) durante o treino eles têm que ter essa capacidade, memorizar aquilo que é importante, e saber executar, ou seja se tiver de alguma forma um suporte ou uma muleta podem nunca ser capazes” (E3)</p>
Não obrigatoriedade de usar manequins e outro material que permita a simulação de procedimentos	<p>“Só ensino simulado eu não concordo, levamos mais tempo (...) só quando veem mesmo é que percebem que infundi, que está ali aquele tempo e depois vão drenar” (E1)</p> <p>“Nunca usamos o avental (...) mãos na massa mesmo (...) nós nunca usamos nem aventais, nem hipoteticamente “faça de conta que é isto e experimente” (E2)</p> <p>Aliás quando elas começam mesmo (...) a fazer e mexer... é muito mais fácil a aprendizagem. Notamos que elas próprias se concentram mais e começam a fazer” (E2)</p> <p>“Não temos materiais... é a falar com o doente (...) parece-me bem, para já não sentimos falta” (E3)</p>
A importância de, dentro do possível, adequar um	<p>“A gente arranja sempre estratégias (<i>para facilitar a identificação do volume da infusão</i>). Por exemplo (...) ao fazer o <i>priming</i>, deixamos um valor (...) mais redondo. Tipo o saco pesa 2200, vai fazer um <i>priming</i> até que fique os 2</p>

procedimento a cada alvo de ensino	<p>L. E vai ter de deixar entrar até ficar 1700 (<i>quando se pretende uma infusão de 300</i>)” (E2)</p> <p>“A dificuldade inclusive em pegar a tampinha... há pessoas que vão com a tampinha na mão, desconectam e já põem. Quando vejo que é uma pessoa com dificuldade utilizo outra forma. Abro a tampinha, larga a linha e depois é que vou com a tampinha. Vou adequando o meu ensino às dificuldades que eu vejo” (E2)</p> <p>“Às vezes (<i>a dificuldade</i>) é gerir os pesos e fazer as contas do que ultrafiltrou (...) Eu digo “não se preocupe, você põe sempre aquilo que sai e a gente sabe o que entra e depois quando vier aqui à consulta (...) dá-nos a folhinha e nós fazemos as contas e vemos se está a tirar ou não” (E2)</p>
A preocupação com uma linguagem cuidada	<p>“Assim como a linguagem, há que usar... “desconectar,” (...) “Physioneal”, “Physioneal” é muito complicado, então usamos as cores, pronto, “ponha aí um A Amarelo”... “Roxo”, pronto facilitamos conforme também o doente que está à nossa frente (...) se é um miúdo com alguma formação... até ficam ofendidos, até já me aconteceu se tu usas uma linguagem muito, muito básica (...) se me fazem umas perguntas mais elaboradas, a gente tem de usar uma linguagem um bocadinho mais cuidada... Tento sempre não complicar” (E2)</p> <p>“(é necessário cuidado com o facto de) às vezes a gente tenta levar para o lado cómico da coisa, há pessoas que aceitam bem outras levam a mal. Por um lado dizemos que é uma coisa séria e tem que ter atenção, por outro lado estamos a fazer analogias tontas” (E5)</p>
O recurso a um utente experiente como forma de exemplificar um procedimento	<p>“Se eu tenho um doente que lida bem com a DP (...) Mas pronto só para o outro que está a começar ter uma noção do que é que é uma passagem, o colocar a máscara, o lavar as mãos e a passagem em si do início até ao fim. Mas só para exemplificar. Mais nada. (...) Obviamente que eu vou escolher o doente que vai fazer” (E4)</p>
A possibilidade do alvo do ensino dar continuidade ao processo de treino em casa	<p>“(Em casa) o doente tentar visualizar, e até dizemos mesmo “feche os olhos e visualize aquilo que se passa aqui no gabinete e em 2 ou 3 minutos você vai escrever coisas muito simples, não é nenhuma receita de nenhuma tarte: 1, por a máscara, 2, fazer isto, 3 fazer aquilo, e vai escrever aí” (E5)</p> <p>“E quando eles escrevem e no dia a seguir trazem, e nós vamos ver e vamos confrontar aquilo que realmente é para fazer, com aquilo que está escrito (...) “então você escreveu aqui que primeiro lava as mãos e a seguir abre o saco, o que é que acha que acontece às suas mãos quando lava as mãos e a seguir abre o saco?” (E5)</p> <p>“Só este exercício de “espera lá, deixa lá ver o que é que eu faço, agora faço isto agora aquilo e vou escrever”, e depois ser confrontado com a realidade, eu acho que isso é importante” (E5)</p>

<p>A existência de uma avaliação como forma de garantir que se atingiram os objetivos</p>	<p>“Há depois uma prova de avaliação, entre aspas, para se perceber se o doente percebeu aquilo que lhe foi explicado” (E4)</p> <p>“O facto dos doentes responderem a um vá... não é bem um teste, mas é como se fosse (<i>é vantajoso</i>). Claro que é muito importante um doente saber fazer a parte técnica, mas também é muito importante o doente saber reconhecer sinais e sintomas, de complicações infecciosas e não infecciosas. Saber se lhe acontece um problema qualquer como é que resolve aquilo. Portanto mais importante do que, ou se calhar tão importante que o doente saiba fazer a parte técnica é reconhecer os sinais e sintomas daquilo que não está bem” (E5)</p>
---	---

Categoria “Gestão do ritmo do processo de ensino”.

Nesta categoria inserem-se os dados sobre a gestão do ritmo do ensino (dos momentos escolhidos para dar a informação) reportados pelos participantes como influenciadores da aprendizagem.

Unidade de Registo	Unidade de Contexto
A interrupção do treino como forma de “desbloquear” a aprendizagem	“Às vezes temos que dar um intervalo... tipo não está a correr muito bem, fazemos uma avaliação (...) fazemos um intervalo de uma semana... 3 dias e depois retoma outra vez (...) quando aquilo não está a correr bem a gente prefere parar, o doente descansa e depois nós voltamos a retomar ... porque às vezes parece que há ali qualquer coisa que não está a ir, depois a pessoa também sobre pressão fica mais condicionada (...) já chegou a ser necessário. Parar, fazer um intervalo e depois retomar... a pessoa vem mais relaxada” (E1)
A existência de um plano de ensino (ou guião) como método para dar sequência à aprendizagem	<p>“Acho que sim (<i>importância do plano</i>) para uma uniformização (...) (<i>seria</i>) mais fácil, para quem faz o ensino ter aquele plano (...) se calhar cada um faz à sua maneira, se fosse o mesmo todos seguiam aquilo (...) o plano de ensino acho que era importante” (E1)</p> <p>“(Sem guião) vai haver coisas que se calhar tu vais-te repetir e outras que era importante se calhar não foram faladas. Assim eu sei que o doente lhe falámos do local, da lavagem das mãos, onde deve guardar o material, como é que o quarto deve ser gerido” (E2)</p> <p>“Vamos passar a usar, tipo uma <i>check list</i> que devemos seguir, para não nos esquecermos de pontos nenhuns” (E3)</p> <p>“Nós temos o treino estruturado por lições, entre aspas (...) o ensino está muito mais sistematizado” (E4)</p>
O ensino como processo contínuo (não acaba no dia de iniciar tratamento)	<p>“Quando vão à unidade a gente aproveita para consolidar o ensino para ver se estão a fazer corretamente” (E1)</p> <p>“Sou completamente a favor (<i>do retreino</i>)” (E2)</p> <p>“Mas nunca te esqueças que mesmo nesse ensino intensivo, nunca fica concluído. Eu não posso dizer que o ensino acabou hoje. Eu preciso que ele vá tendo o reforço desse ensino e que as coisas vão sendo consolidadas” (E4)</p>

<p>A introdução progressiva e criteriosa dos conteúdos que se pretendem trabalhar</p>	<p>“(No início) a mãe já vai assistindo aquelas regras básicas: lavagem das mãos, a máscara, vamos falando da habitação, vamos falando do que pode ter em casa ou não (...) a prática da técnica mesmo, só começamos quando definitivamente está a fazer o tratamento que será o que vai fazer no domicílio” (E2)</p> <p>“(No primeiro dia) é uma abordagem informal, como é que se faz a troca, das condições que deve ter em casa, das condições de assepsia, é uma coisa muito levezinha, e explicamos a fazer uma troca (...) o primeiro dia é o dia mais levezinho, e fazemos só uma, mas sem aprofundar nada, falamos é mais das condições em casa e daquilo que ele deve reunir (...) no dia seguinte começamos a aprofundar e ajustamos à capacidade de cada um dos doentes (...) numa primeira fase eles perceberem como é que funciona a permuta e a assepsia que devem ter e depois começamos a aprofundar (...) consoante a capacidade cognitiva dos doentes” (E3)</p> <p>“(A abordagem de determinados conteúdos) numa pessoa podemos fazer (...) no segundo ou terceiro dia de treino, noutra só podemos fazer no décimo” (E3)</p> <p>“Normalmente é mais rápido (<i>aprender a técnica automática</i>) e porque é que é mais rápido? Todos os doentes (...) já sabem fazer manual” (E3)</p> <p>“No início, até porque normalmente quando começam diálise são urémicos, a capacidade deles aprender não é tão vantajosa (...) numa primeira sessão é mesmo o básico, a ideia é mesmo aprender as permutas ... mais técnico... para dar tempo também deles começarem a dialisar e depois sim começar a aprofundar (...) eu não me fecho uma manhã toda com eles, são períodos de meia hora, uma hora... Durante o tempo da permuta eu aproveito o tempo para aprofundar os conteúdos (...) imagina que eles estão aqui a manhã toda, não é a manhã toda fechada numa sala! Não! Aproveitamos o período da troca para falar, fazemos uma pausa, vem fazer outra troca e fazemos” (E3)</p> <p>“Aquilo que eu sinto é que enquanto estamos (só) a fazer o ensino teórico as coisas não rendem, percebes? (...) primeiro que eles compreendam (...) eu posso fazer isso em simultâneo. À medida que vou explicando esta parte mais teórica, posso ir avançando com alguma parte prática” (E4)</p> <p>“A primeira coisa que nós fazemos é por o doente a lavar as mãos e a seguir nós exemplificamos e fazemos o resto da técnica (...) depois eu vou por o doente a fazer a técnica, mas as minhas mãos estão lá sempre para o auxiliar (...) ele primeiro vê-nos a fazer, nós vamos explicando o que é que se está a fazer e vamos tentar que o doente acompanhe de maneira a dar-lhe autonomia a ele e a treiná-lo (...) a partir daí o doente começa ele a</p>
---	--

	<p>fazer e pronto tudo aquilo que sejam correções nós vamos fazendo” (E4)</p> <p>“Preconiza-se que (<i>o ensino</i>) seja de segunda a sexta-feira para não haver as interrupções” (E5)</p> <p>“Não é obrigatório que o doente ao quinto dia esteja capaz de ir para casa e há doentes que demoram mais tempo (...) têm de ser respeitados os tempos de aprendizagem das pessoas” (E5)</p> <p>“Nós explicamos em teoria, mas há muitos doentes que não conseguem... têm alguma dificuldade em tentar perceber que se aquilo lhes acontecer, exatamente como é que a máquina apita, como é que aparece no ecrã, se é exatamente aquilo que nós acabámos de dizer (...) percebendo a lógica porque as coisas acontecem é mais fácil as pessoas memorizarem” (E5)</p> <p>“É clara essa diferença, entre as perguntas que o doente faz no primeiro dia connosco a mexer e ser ele a ver, e as perguntas que ele faz no segundo dia, quando já é ele que mexe sob a nossa orientação e supervisão” (E5)</p>
--	--

APÊNDICE 4

ENSINO CLÍNICO EM HD (AVALIAÇÃO QUALITATIVA)

AVALIAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Nome: Carlos Torgal

Instituição: _____ Serviço: _____

Efectuado de: 28.9.15 a 30.10.15 e de 4.1.16 a 12.2.16

Docente: Prof.ª Maria Saraiva _____ Orientador: _____

Parâmetro a avaliar	Muito Insuficiente	Insuficiente	Suficiente	Bom/Muito Bom	Excelente	Avaliação Final
Capacidade de execução técnica	Erros e defeitos graves muito frequentes; Conhecimentos profissionais insuficientes; Carece das bases essenciais;	Trabalho com bastantes erros exigindo acompanhamento e correcções frequentes; Conhecimentos com lacunas importantes;	Trabalho que satisfaz mas exige aperfeiçoamento de pormenor; Conhecimentos e prática profissional adequados às exigências básicas;	Trabalho bem executado sem deficiências que chamem a atenção; Conhecimento e prática profissionais que habilitam à resolução de problemas de maior complexidade;	O trabalho chama a atenção pela sua qualidade e rigor de execução; Conhecimentos e prática profissionais profundos e actualizados que ultrapassam em regra as exigências da funções;	Suficiente/Bom
Desenvolvimento profissional	Desinteresse em adquirir novos conhecimentos e em melhorar a qualidade de trabalho. Incapaz para tomar iniciativa trabalhando só sob orientação pormenorizada; Não se esforça por criar ou desenvolver novas soluções; As propostas apresentadas são inadequadas e/ou inoportunas;	Algum interesse embora esporádico e pouco frequente em adquirir novos conhecimentos e em se aperfeiçoar; Às vezes age com independência sem encontrar soluções adequadas; faz algum esforço mas nem sempre de forma adequada;	Interesse embora descontinuo em aumentar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Toma a iniciativa perante situações pouco complicadas com resultados aceitáveis; Esforça-se por criar novas soluções embora com resultados nem sempre adequados;	Em regra revela interesse em melhorar e aperfeiçoar os seus conhecimentos; Resolve quase sempre as situações difíceis de forma acertada, sem necessidade de orientação expressa; Esforça-se por desenvolver e criar novas soluções com sugestões normalmente adequadas e oportunas;	Interesse metódico e sistemático; Age com independência e discernimento, encontrando as soluções pertinentes para cada caso; Muito criativo; As sugestões apresentadas são sempre adequadas e oportunas;	Muito Bom
Responsabilidade profissional	Evita as responsabilidades, não prevê nem assume as consequências dos seus actos;	Nem sempre avalia as consequências dos seus actos, mas é capaz de as assumir;	Em regra pondera e assume as consequências dos seus actos;	Revela ponderação em todos os actos que pratica e assume a sua responsabilidade.	Revela muita ponderação nos actos que pratica Assume integralmente e por iniciativa própria a responsabilidade pelos seus actos, corrigindo-os se necessário;	Muito Bom
Relações humanas	Provoca atritos frequentes prejudicando o trabalho; Não coopera com o grupo e individualiza sempre o trabalho; Evita o relacionamento com o utente e família;	Difícil relacionamento profissional; Não contribui para um bom ambiente de trabalho; integra-se com dificuldade no trabalho e no grupo; Mantém deficiente relação com utente e família;	Estabelece relação normal com colegas; Integra-se no grupo se expressamente solicitado; Mantém uma relação mínima com o utente e família;	Boas relações profissionais; Contribui para um bom ambiente de trabalho; Integra-se facilmente e esforça-se por cooperar com o grupo; Mantém boa relação com o utente e família envolvendo-os nos cuidados;	Relações profissionais muito boas; C bom ambiente de trabalho e age com eficiência; Fácil integração no grupo; Mantém excelente relação com utente e família, promovendo a sua autonomia;	Muito Bom

O Docente: _____ Orientador: _____

Data: 11.02.2016

Documento original assinado disponível para consulta.



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA**
AREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO ENFERMEIRO ORIENTADOR DO CAMPO DA PRÁTICA CLÍNICA:

O Carlos demonstrou um trabalho de muito boa qualidade.

Demonstrou conhecimentos e capacidade de articulação de conceitos.

Revela atenção e pensamento lógico que lhe permite compreender situações básicas e complexas e encontrar soluções e sugestões adequadas.

Do ponto de vista de execução técnica embora avalie a sua prestação com necessidade de aperfeiçoamento, é de notar que atingiu com facilidade os objetivos para este estágio.

Demonstra ainda muito boas relações com a equipa de saúde e com o doente/família.

Com o aperfeiçoamento da prática teria condições para rapidamente ser capaz de promover a autonomia do doente.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data:
11.02.2016
Data:

Orientador

Estudante: Carlos Torgal

Assinatura

Documento original assinado disponível para consulta.

APÊNDICE 5

ENSINO CLÍNICO EM DP (AVALIAÇÃO QUALITATIVA)



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA**
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM NEFROLÓGICA

AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

AVALIAÇÃO QUALITATIVA DO ENFERMEIRO ORIENTADOR DO CAMPO DA PRÁTICA CLÍNICA:

O Carlos desenvolveu o seu estágio na Unidade de Diálise Peritoneal (UDP) do Serviço de Nefrologia de forma assídua e contínua durante o mês de Novembro. Mostra ponderação, pertinência e iniciativa na prestação de cuidados. As sugestões por si apresentadas são sempre adequadas e oportunas.

Demonstrou estar recetivo à aprendizagem de novas práticas, apesar da sua experiência na área, utilizando sempre a prática reflexiva. Acompanhou consultas de doentes em programa de DP assim como doentes em consulta de Opções.

Demonstrou durante a sua prática clínica empenho com o trabalho a desenvolver, cruzando sempre a informação obtida com a pesquisa, com a prática de diferentes unidades de DP que visitou, sempre com o intuito de melhorar o ensino da pessoa em DP.

Formula ensinamentos pertinentes, quer no campo da promoção da saúde, quer relacionados com a DP.

Integrou-se facilmente na UDP, e apresentou sempre boa relação quer com o doente, quer com a família, agindo sempre com o intuito de promover a autonomia.

No final do estágio o Carlos atingiu os objetivos a que se propôs, tendo desenvolvido as atividades propostas.

Demonstrou interesse em acompanhar a Enfermeira de apoio domiciliário a alguns doentes da UDP, com o intuito de determinar os benefícios que este apoio pode trazer ao programa. Apesar de serem doentes que já conhecia do contexto hospitalar, no domicílio apresentou igualmente uma boa relação com eles e sua família.

Avalia-se com a avaliação Qualitativa de Excelente.

Avaliação qualitativa: Insuficiente (< 9,5 val.); Suficiente (10-13 val.); Bom (14-15 val.); Muito bom (16-17 val.); Excelente (18-20 val.)

Data:
26.11.2015
Data:

Orientador

Estudante: Carlos Torgal

Assinatura

Documento original assinado disponível para consulta.